



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCOMPATIBILITÀ

Ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445

Il sottoscritto Antonio Colaianni, nato a _____ n
relazione all'incarico di Direttore Socio sanitario presso l'ATS della Brianza,
nominato con Deliberazione n. 232 del 01 aprile 2021, richiamato l'art. 20,
comma 3, del D. Lgs. N. 39 del 8/4/2013, consapevole delle responsabilità civili,
amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, richiamate
dall'art 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

che non sussistono a proprio carico condizioni di **INCOMPATIBILITÀ**, avuto specifico
riguardo alla disciplina dettata dal già citato D. Lgs. ed in particolare da quanto
previsto dagli artt. 10 e 14 dello stesso.

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Amministrazione
eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del
28/12/2000, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di
dichiarazioni mendaci.

MONZA, 13/02/2023

Firma  IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO
Antonio Colaianni