

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ
(D. Lgs. n. 39/2013)
ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 art. 45 e 46

Il sottoscritto, **Dr. Aldo Bellini**, nato a OMISSIS, in relazione alla disponibilità all'assunzione dell'incarico di **Direttore Sanitario** presso l'ATS Brianza, in riferimento all'art. 20, comma 2 del D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a

VISTI gli articoli del D.lgs n. 39/2013

- **3** (Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione)
- **5** (Inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati)
- **8** (Inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali)

DICHIARA

che non sussiste alcuna causa d'inconferibilità a proprio carico.

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

Monza, 15.01.2024

FIRMATO
Dr. Aldo Bellini

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato che, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, i dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Monza, 15.01.2024

FIRMATO
Dr. Aldo Bellini