

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'INESISTENZA DI CAUSE DI ESCLUSIONE E
INCOMPATIBILITA'**

La sottoscritta

Cognome e nome. SARCHI PAOLA FRANCESCA

Luogo e data di nascita.

Residenza e indirizzo ?

Codice fiscale.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, DICHIARA sotto la propria responsabilità:

- ① di non trovarsi in conflitto di interesse con riferimento all'incarico oggetto del presente avviso;
- ① di non aver contenziosi pendenti nei confronti dell'ATS della Brianza o con gli Enti in essa confluiti;
- ① di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- ① di non essere stato destituito o dispensato dal servizio presso una Pubblica Amministrazione;
- ① di non aver cessato il rapporto con una Pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- ① di non aver subito condanne penali relative a reati contro la Pubblica Amministrazione;
- ① di non essere volontariamente cessato dal servizio dall'ex ASL di Lecco o dall'ASL della Provincia di Monza e Brianza confluite nell'ATS Brianza per collocamento a riposo pensione anticipata di anzianità.

Milano, 07/08/2019

Firma
Paola Francesca Sarchi

