



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCOMPATIBILITÀ

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

Il sottoscritto MARIA CARMELA IRONDI: nato a MONZA  
il 16/9/58 in relazione all'incarico di Responsabili di struttura semplice complessa  
Azienda Ospedaliera Integrata presso l'ATS della Brianza,  
nominato con Deliberazione n. 18 del 29/9/2021, 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,

Data: 23/02/2023

Firma