



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE **INCOMPATIBILITÀ**

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

La sottoscritta DECO' PAOLA MARIA nata a MILANO il 24/09/1959 in relazione all'incarico di Responsabile di struttura semplice Salute Mentale e Dipendenza presso l'ATS della Brianza, nominata con Deliberazione n. 339 del 10/08/2023 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: 22/04/2024

Firma

Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti

Cognome	DECO'
Nome	PAOLA MARIA.
Nato a	MILANO
Data di nascita	24/09/1959
Incarico in ATS	Responsabili di struttura semplice Salute Mentale e Dipendenza

DICHIARA

Barrare una opzione

di **NON** avere altre cariche, presso enti pubblici o privati.

oppure

di avere altre cariche, presso enti pubblici o privati e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti.

Carica o incarico	.....
Soggetto conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
Note	.....

Carica o incarico	.....
Soggetto conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
Note	.....

Carica o incarico	.....
Soggetto conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
Note	.....

Monza,

Data 22/04/2024

Firma




Altri eventuali incarichi con ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA e indicazione dei compensi spettanti

Cognome	DECO'
Nome	PAOLA MARIA.
Nato a	MILANO
Data di nascita	24/09/1959
Incarico in ATS	Responsabili di struttura semplice Salute Mentale e Dipendenza

DICHIARA

Barrare una opzione

di **NON** avere altri eventuali incarichi con **ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA.**

oppure

di avere altri incarichi con **ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA.**

Carica o incarico	.....
Soggetto pubblico conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
Note	.....

Carica o incarico	.....
Soggetto pubblico conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
Note	.....

Carica o incarico	.....
Soggetto pubblico conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
note	.....

Monza,

Data: 22/04/2024

Firma