Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brianza

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI **INCOMPATIBILITÀ**

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

il/la sottoscritto/a MARIA ELISABETTA CORTI. in relazione all'incarico di Direttore/Responsabile di struttura VIGILANZA DELLE STRUTTURE SOCIALI E SPERIMENTAZIONI.....presso l'ATS della Brianza, conferito con decreto/deliberazione n. ..94.....del 08./03./2023, richiamato l'art. 20, comma 2, 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. n. 39/2013.

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

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato, che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

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.

Luogo e data Lecco 22 aprile 2025

Firmato da:
MARIA ELISABETTA CORTI
Codice fiscale: [redacted]
Valido da: 28-03-2023 09:08:16 a: 28-03-2026 02:00:00
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT
Riferimento temporale: 'SigningTime': 22-04-2025 12:48:46
Motivo: Approvo il documento

Firma

.....

Documento informatico sottoscritto con firma digitale
ai sensi del D.Lvo 82/2005 e ss.mm.ii.