



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

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

il/la sottoscritto/a .....Gianluca Abbate..... in relazione all'incarico di Direttore/Responsabile di struttura:...responsabile di S.S. Area distrettuale Monza SA/SIUV presso l'ATS della Brianza, conferito con decreto/deliberazione n. ...423..... del ..07../.12..../2022..., 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 Usmate 17/02/2025

Firmato da:  
GIANLUCA ABBATE  
Circuito Firma: .....  
Valida da: 10-10-2022 07:35:19 a: 10-10-2025 01:00:00  
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3 - InfoCert S.p.A. IT  
Rilasciato tramite: SigningTime 14-02-2025 16:13:13  
Mostra Approva il documento

Firma

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