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 GIORGIA PALMIERI in relazione all'incarico di Direttore/Responsabile di struttura: SERVIZIO FARMACEUTICO presso l'ATS della Brianza, conferito con decreto/~~deliberazione~~ n. 467 del 28/12/23., 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 18/3/2025

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

Firmato da:
GIORGIA PALMIERI
Codice fiscale: [redacted]
Validità da 16-10-2023 11:03:22 a 16-10-2026 01:00:00
Certificato emesso da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3 InfoCert S.p.A. IT
Riferimento temporale: SigningTime 18-03-2025 13:07:49
Motivo: Approvo il documento