



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCOMPATIBILITÀ

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

Il sottoscritto LOBUONO FAUSTINA.....:
nato a BARI..... il 24/05/1965 in relazione all'incarico
di SCREENING ONCOLOGICI..... presso l'ATS della Brianza,
nominato con Deliberazione n. 336 del 01/06/2014, 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, 31/03/2017

Firma
