



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCOMPATIBILITÀ

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

Il sottoscrittoBELLOTTO ALESSANDRA.....: nato a ..MONZA...
il .14../.09./1979, in relazione all'incarico di ...RESPONSABILE STRUTTURA
SEMPLICE ACCREDITAMENTO SANITARIO.....presso l'ATS della Brianza,
nominato con Deliberazione n.552...del .09./08.../2021, 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, 16.08.2021

Firma