



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCOMPATIBILITÀ

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

Il sottoscritto CLARA CAMERIN nato a Lecco il 23/10/1983, in relazione all'incarico di Responsabile UOS Reti Territoriali e/o Specialistiche presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n. 68 del 18/10/2021, 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, 21/10/2021

Firma

Altri eventuali incarichi con ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA e indicazione dei compensi spettanti

Cognome	CAMERIN
Nome	CLARA
Ruolo in ATS	Direttore di Struttura Semplice UOS Reti Territoriali e/o Specialistiche
Nato a	LECCO
Data di nascita	23/10/1983

DICHIARA

Barrare una opzione

☒ di **NON** avere altri eventuali incarichi con ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA.

oppure

☐ di avere altri incarichi con ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA.

Altra carica o incarico	.....
Soggetto pubblico conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
note	.....

Altra carica o incarico	.....
Soggetto pubblico conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
note	.....

Altra carica o incarico	.....
Soggetto pubblico conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
note	.....

Data e luogo, MONZA 21/10/2021

Firma,

