



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCOMPATIBILITÀ

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

Il sottoscrittoMARAI CARMELA IGNONE.....:
nato aMESAGNE BR il ..16./09.../1958..., in relazione
all'incarico di
Responsabile di Struttura SempliceVIGILANZA E
CONTROLLO MONZA presso l'ATS della Brianza, nominato
con Deliberazione n.59.... del .5../02.../.2018..., *rinnovato con deliberazione
n 50 del 1.02.2021,*
*di DIRETTORE DI STRUTTRA COMPLESSA UOC ACSO, Decreto 18 del
29.09.2021;*
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,

Data:01/02/2022.....

Firma