

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE **INCOMPATIBILITÀ**

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

Il sottoscritto BARBARA RUFFINI: nato a BADEN (SVIZZERA)  
il 3/7/79 in relazione all'incarico di Responsabile di Struttura Semplice  
COS. APPROPRIATA RICOVERI presso l'ATS della Brianza,  
nominato con Deliberazione n. 266 del 23/4/18, 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: 17-1-2020

Firma  
