

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ
(D. Lgs. n. 39/2013)
ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 art. 46 e 47

Il sottoscritto Aldo Bellini, quale Direttore Sanitario presso l'ATS Brianza, con sede in Monza, Viale Elvezia n. 2, incarico confermato con nota prot. n. 61988/25 dell'8.08.2025 dal Direttore Generale in carica, richiamato l'art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013

CONSAPEVOLE

delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000;

che lo svolgimento di incarico in situazione di incompatibilità comporta la decadenza dell'incarico stesso e la risoluzione del contratto di lavoro decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 39/2013;

DICHIARA

che non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal già citato D. Lgs. n. 39/2013 ed in particolare dagli artt. 10 e 14;

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione;

di essere stato informato che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/16, sul trattamento dei dati personali forniti per le finalità di cui alla presente dichiarazione, compresi i fini di pubblicazione sul sito aziendale.

Monza, 27.01.2026

IL DIRETTORE SANITARIO

Aldo Bellini

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.Lvo 82/2005 e ss.mm.ii