



## DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE **INCONFERIBILITA'**

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

Il sottoscritto .....: nato a .....  
il .../.../...., in relazione all'incarico di .....  
presso l'ATS della Brianza, nominato con Decreto n. .... del .../.../....,  
richiamato l'art. 20, comma 1, 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 sussiste alcuna causa d'INCONFERIBILITÀ a proprio carico.

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, .....

Firma