



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

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

Il sottoscritto ...LOMBARDI ALBERTO..... in  
relazione all'incarico di Direttore/Responsabile di struttura: Direttore  
Dipartimento PAAPS presso l'ATS della Brianza, conferito con delibera n. 513  
del 16/12/2024, richiamato l'art. 20, comma 2, 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. n. 39/2013.

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Amministrazione  
eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

### 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".

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.

Luogo e data Monza, 19/02/2025

Firma

.....

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