



## DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCOMPATIBILITÀ

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

Il sottoscritto .....IGNONE MARIA CARMELA .....  
nato a .....MESAGNE.....BR..... il .16../.09../...1958., in relazione  
all'incarico di Responsabile di Struttura Semplice .....VIGILANZA/  
E CONTROLLO AREA MONZA..... presso l'ATS della  
Brianza, nominato con Deliberazione ATS BRIANZA n. 59 del 5/2/2018,  
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: .....11.02.2020.....

Firma