



**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE
DI INCOMPATIBILITA'**

In relazione alla nomina dell'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda dell'ASST Rhodense, il sottoscritto **Dott. Aldo Bellini**, nato a OMISSIS il OMISSIS, ai sensi di quanto previsto dall'art. 20, comma 2 del Decreto Legislativo n. 39 dell'8 aprile 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

sotto la propria responsabilità, che non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal D.lgs n. 39 dell'8 aprile 2013 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 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data Garbagnate Milanese 11/02/2020 Il dichiarante..... **FIRMATO ALDO BELLINI**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi del Regolamento UE 2016/679 circa il trattamento dei dati personali forniti dal dichiarate saranno trattati esclusivamente per e finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Luogo e data Garbagnate Milanese 11/02/2020 Il dichiarante..... **FIRMATO ALDO BELLINI**