



**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 _____ il _____, 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.

Garbagnate Milanese, 23.02.2023

Il dichiarante Aldo Bellini F.TO 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 dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Garbagnate Milanese, 23.02.2023

Il dichiarante Aldo Bellini F.TO ALDO BELLINI