



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

In relazione alla nomina a Direttore Sociosanitario dell'ASST Rhodense, il sottoscritto **Dott. Pier Mauro Sala**, 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 già citato D.lgs ed in particolare da quanto previsto dagli artt. 10 e 14 dello stesso.

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

Allegato in atti: documento d'identità

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,

Il dichiarante Pier Mauro Sala

F.TO PIER MAURO SALA

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del d.lgs n. 196/2003 e s.m.i. 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,

Il dichiarante Pier Mauro Sala

F.TO PIER MAURO SALA