



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'

In relazione al conferimento dell'incarico di Direttore Sociosanitario dell'ASST Rhodense, il sottoscritto **Dott. Emiliano Gaffuri**, nato a _____ il _____ presa visione di quanto disposto dall'art. 20, comma 1, del Decreto legislativo, n. 39 dell'8 aprile 2013 e s.m.i. e, dalla disciplina introdotta dalla richiamata normativa,

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 cause di inconferibilità rispetto all'incarico conferito avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal già citato D.Lgs ed in particolare da quanto previsto dai capi II, III e IV dello stesso.

DICHIARA ALTRESI'

- sotto la propria responsabilità, che sussistono e permangono tutti i requisiti che hanno determinato l'inserimento negli elenchi degli idonei per l'incarico di Direttore Sociosanitario.

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

Allegato 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.

Luogo, data GARBAGNATE M.L.S.E., 9.1.2024 Il dichiarante ...

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.

Luogo, data GARBAGNATE M.L.S.E., 9.1.2024 Il dichiarante ...



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

In relazione alla nomina di Direttore Sociosanitario dell'ASST Rhodense, il sottoscritto **Dott. Emiliano Gaffuri**, 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.

Luogo, data GARBAGNATE MILANESE, 9.1.2024 Il dichiarante _____

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.

Luogo, data GARBAGNATE MILANESE, 9.1.2024 Il dichiarante _____