



**DICHIARAZIONE
DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI
(art. 20 del Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39)
(artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)**

La sottoscritta Dott.ssa Rosita Aquilina Magni, nata a _____, il _____ c.f. _____
con domicilio a _____ nominata
componente del Collegio Sindacale nell'ASST RHODENSE con provvedimento n. 633 del
17.06.2019 su designazione del Ministero della Salute

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità di cui
agli articoli 9 e ss. dei capi V e VI del Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 e di cui
all'art. 2399 del Codice Civile.

di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre
2000, n. 445 e s.m.i., in caso di dichiarazione mendace.

F.to Rosita Aquilina Magni

Garbagnate Milanese, 28/06/2019