

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'*

*(Art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)*

Il sottoscritto dr. MONTI Claudio è consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.,R. 445/2000, nonché della sanzione di cui all'art. 20, comma 5, d. lgs n. 39/2013

*dichiara*

ai sensi e per le finalità di cui all'art. 20, commi 2 e 3, del d. lgs 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", dopo averne effettuata lettura integrale, di non trovarsi, in relazione all'incarico di Direttore Amministrativo dell'Azienda Sanitaria Regionale ASL CN2 in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal decreto stesso.

Letto, confermato e sottoscritto

Data 17/01/2022

(firma)

Claudio MONTI

*Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005.*