

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Il sottoscritto dr. MONTI 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 04/04/2024

(firma)

Claudio MONTI

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