

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

(art. 20 D.Lgs. 08.04.2013, n. 39)

Il/La sottoscritto **Giuseppe Maurizio Catanoso** nato a _____ il _____ ,
C.F. _____ in relazione all'assunzione dell'incarico di **Direttore Sanitario**
dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria – sede legale di Varese – Via O.
Rossi, n.9

- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 08/04/2013, 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 6/11/2012, n. 190",
- ai sensi degli artt. 46, 47 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato DPR n. 445/2000,

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di incarichi di cui agli artt. 10, 12, 14 del D.Lgs. n. 39/2013.

INOLTRE DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il sopravvenire di cause di incompatibilità di cui al D.Lgs. n. 39/2013, dandone immediato avviso alla S.C. Affari Generali e Legali dell'ATS dell'Insubria;
- di essere consapevole che ogni dichiarazione mendace accertata dall'Amministrazione, comporta la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro, decorso il termine di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, nonché l'inconfiribilità di qualsivoglia incarico, di cui al D.Lgs. n. 39/2013, per un periodo di cinque anni, nonché ogni altra conseguenza prevista dall'art. 76, comma 1, del citato DPR n. 445/2000.

Si allega copia fotostatica non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità.

Varese, 10/01/2025

Firma del dichiarante

Giuseppe Catanoso

Documento informatico firmato digitalmente
ex D.P.R. n. 445/2000 e D.Lgs. n. 82/2005 e norme collegate
sostituisce il documento cartaceo firmato in autografo