DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITÀ
(ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 – art. 20, c. 2)

Il/la sottoscritto/a NAVONE PAOLA nato a MILANO il 07.08.58, in qualità di DIR. SAN. f.f. dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO, consapevole della responsabilità penale che la Legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui gli articoli n. 46, n. 47 e n. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i. in tema di autocertificazioni,

DICHIARA

- che non sussiste alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D. Lgs. 08.04.2013, n. 39, obbligandosi comunque a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità;
- la conferma della sussistenza e del mantenimento dei requisiti che hanno determinato l'inserimento del proprio nominativo nell'elenco degli idonei;
- di essere informato che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito web della dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Milano,
07.03.18

Firma

ASST CENTRO SPECIALISTICO
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
GAETANO PINI / CTO
IL DIRETTORE SANITARIO
DR.SSA PAOLA NAVONE