

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLE CAUSE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 20 DEL D.LGS. N. 39/2013.

Il sottoscritto **dott. Maurizio Morlotti**, nato a **OMISSIS** il 11/02/1975, con riferimento all'incarico di Direttore Socio Sanitario dell'ASST Lariana, nominato con deliberazione ASST Lariana n. 10 del 09/01/2024, poi aggiornata con delibera n. 268 del 07/03/2024, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. 20, comma 5 del D.Lgs. 39 dell'8/04/2013,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 20 comma 2 del D.Lgs. 39 dell'8/04/2013, che allo stato non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal citato Decreto Legislativo.

La presente dichiarazione viene rilasciata ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46-47 del DPR n. 445/2000 e s.m. in tema di autocertificazioni.

Con riserva di comunicare qualsiasi modifica delle condizioni sopra richiamate.

In fede

San Fermo della Battaglia

06/02/2025

f.to dott. Maurizio Morlotti