



ATS Montagna

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Relativa alle **Cause di incompatibilità** ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013
(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii)

Il/La sottoscritto/a MANA FISINato/a a ERBA (CO) il 23/02/1994

In relazione al conferimento di incarico libero professionale presso il Servizio/Distretto/
Dipartimento dell'ATS della Montagna, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e
penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,
dichiara (barrare solo la casella che interessa), sotto la propria personale responsabilità, quanto
segue, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013:

☒ di non incorrere in alcuna delle cause di incompatibilità di incarichi presso le pubbliche
amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013
oppure

☐ che sussistono le seguenti cause di incompatibilità di incarichi presso le pubbliche
amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013:

Descrizione carica/incarico ricoperto	Disposizione di riferimento del D.Lgs. n. 39/2013

E di impegnarsi a rimuoverla/e entro 15 giorni dalla data della presente dichiarazione. Nelle more
della scadenza del termine di 15 giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale conferimento
rimane comunque condizionata dalla rimozione delle cause di incompatibilità, che dovranno, entro
il medesimo termine, essere comunicate all'ATS della Montagna – Servizio Gestione Risorse
Umane – Ufficio Trattamento Giuridico, tramite posta elettronica certificata o raccomandata A/R.

MANA FISI, li 27/01/2022

IL DICHIARANTE

MANA FISI
(firma leggibile)

Allega alla presente dichiarazione copia del proprio documento di riconoscimento in corso di
validità.