



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' DI INSUSSISTENZA  
DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ CONTEMPLATE DAL D.LGS. 39/2013  
(D.P.R. N. 445/2000 ART. 47)**

Il sottoscritto DOTT. SSA LUCIA CASTELLANI                      Nata il *omissis* a *omissis*  
in qualità di DIRETTORE SOCIO-SANITARIO  
in servizio presso la ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO

ai sensi dell'art. 20 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'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190" e ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

che NON sussistono cause di incompatibilità ai sensi del medesimo decreto legislativo dell'8 aprile 2013, n. 39.

Il sottoscritto si impegna, altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii. e del GDPR n. 2016/679 e del D.Lgs. n. 101/2018, che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione della stessa sul sito web aziendale nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente".

Milano, 20 Aprile 2020

F.to  
DOTT. SSA LUCIA CASTELLANI

*L'originale della presente attestazione è conservato presso la UOC Risorse Umane della ASST Fatebenefratelli Sacco.*