



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL
D.LGS. N. 39/2013
(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ **FABRIZIO FOIENI** _____

nato/a a RHO _____ prov. (MI _____) il 18/08/1965 _____

nella sua qualità di Dirigente (indicare il ruolo) MEDICO _____

con incarico di Responsabile SS Medicinad'Urgenza Desio

Direttore di Dipartimento

Direttore di U.O.C.

Dirigente Responsabile di
U.O.S a ~~valenza dipartimentale~~

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 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

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. 8 aprile 2013, n. 39.

ed in particolare,

- di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 9, comma 1 e comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013;
- di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 12 del D.Lgs. n. 39/2013;
- che sussistono a proprio carico le seguenti cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:(*)

(*) *vanno elencati* sia gli incarichi e le cariche ancora in corso sia quelli cessati con indicazione della data di nomina e/o conferimento e della data di scadenza e/o cessazione

CARICA/INCARICO RICOPERTO	Norma di riferimento del D.Lgs. n. 39/2013

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione sostitutiva di certificazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità di cui ai D.Lgs. n. 39/2013 (resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)_rev02	06/09/2021	02	Pagina 1 di 4



e di impegnarsi a rimuoverla/e ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 19 del D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i.;

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1, del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Brianza nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- **di impegnarsi a presentare annualmente la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 e di comunicare tempestivamente all'Amministrazione qualsiasi fatto che dovesse insorgere o di cui venga a conoscenza, il quale possa costituire, anche potenzialmente, causa di incompatibilità dell'incarico stesso, ai sensi della vigente normativa.**

Data 26/08/2023

IL DICHIARANTE FIRMATO FRANCESCO FOIENI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, DPR n. 445/2000, viene inoltrata a norma dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto presentata unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro) in corso di validità.

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione sostitutiva di certificazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità di cui ai D.Lgs. n. 39/2013 (resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)_rev02	06/09/2021	02	Pagina 2 di 4