



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 46 e 47 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a MASINI LAURA

Nato/a a GALLIATE (NO) il 01/03/1968

Residente a .....omissis.....

In via .....omissis.....

in relazione al seguente incarico ricoperto presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara :

DIRETTORE SS RADIOTERAPIA ANTALGICA ASL VC

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, tra cui l'art. 20 del D.Leg.vo 08.04.2013 n. 39, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- di **aver preso visione del Decreto Legislativo 08 aprile 2013 n. 39** recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità in particolare degli artt. 1,2,3,9,12,19 e 20;
- di **non rientrare** nelle situazioni di inconferibilità e incompatibilità previste per gli "incarichi dirigenziali interni" dal suddetto decreto;
- ai sensi dell'art. 20 c. 2 si impegna altresì a **presentare annualmente** una dichiarazione sull'insussistenza delle predette cause di incompatibilità.

NOVARA  
(luogo)

01/10/2018  
(data)

FIRMATO IN ORIGINALE  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

Allega alla presente copia di documento di identità in corso di validità.