

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
(Art.20 D.Lgs. 39/2013)

Il/ La sottoscritto/a **ANTONELLA CABRINI** in qualità di **Responsabile SSD Analisi Attività di Controllo** dell'Agenzia di controllo del Sistema Sociosanitario lombardo

ai sensi dell'art.20 del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 *"Disposizioni in materia di inconferibilità 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 sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi di cui agli articoli 75 e 76 del citato D.P.R. n.445/00;
- che ogni dichiarazione mendace, accertata dall'Amministrazione, comporta l'inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni ai sensi dell'art. 20, comma 5;
- che lo svolgimento di incarico in situazione di **incompatibilità** comporta la decadenza dell'incarico stesso e la risoluzione del contratto di lavoro decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 39/2013

DICHIARA

- **di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di incarichi di cui agli artt. 9, 12 del D. Lgs n. 39/2013;**
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il sopravvenire di **cause di incompatibilità** di cui al D. Lgs n. 39/2013, dandone immediato avviso all'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo – Struttura SC Giuridico e Risorse Umane;
- di essere informato che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella Sezione Amministrazione trasparente del Portale istituzionale dell'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo e di Regione Lombardia.

Data 28/01/2026

FIRMA