

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

La sottoscritta Loredana Nofroni in qualità di Dirigente Amministrativo con incarico di Direttore SC Appropriata Gestione ed Amministrativa

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 13/07/2026

FIRMA