

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOFERIBILITA' E DI ASSENZA DI CONDIZIONI DI INCOMPATIBILITA' E CONTESTUALE DICHIARAZIONE DI SUSSISTENZA DEI REQUISITI DETERMINANTI L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEGLI IDONEI ALL'ASSUNZIONE DELLA CARICA DI DIRETTORE SANITARIO

In relazione a quanto previsto dall'art. 20, comma 2 del D. Lgs. n. 39 del 08.04.2013, il sottoscritto **Paolo Bernocchi**, nato a Pavia il 18 Settembre 1957,

dichiara

sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in tema di autocertificazioni, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci,

- di non trovarsi in stato di quiescenza;
- che non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità e incoferibilità rispetto al conferimento dell'incarico in qualità di Direttore Sanitario dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lodi, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dall'art. 3, comma 11 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e agli artt. n. 3, 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs n. 39/2013;
- di essere tuttora in possesso di tutti i requisiti che hanno determinato il proprio inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

Pavia, 9 maggio 2022

F.to Paolo Bernocchi