



DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

In relazione a quanto previsto dall'art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 39/2013,

il sottoscritto **PAOLO FAVINI**

in qualità di **DIRETTORE GENERALE**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ed ai sensi degli art. 46, 47 e 76 del DPR n. 445/2000, che non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità, avuto riguardo alla disciplina dettata dal D. Lgs. n. 39/2013 recante *"Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190"*, ed in particolare a quanto previsto dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 dello stesso Decreto Legislativo.

Con riserva di comunicare qualsiasi modifica delle condizioni sopra richiamate.

Lecco, 24/05/2021


F.to Paolo Favini

L'originale della presente attestazione è conservato presso la Direzione Generale dell'ASST di Lecco