



**DICHIARAZIONE SULL'ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI
PRESSO LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI E PRESSO GLI ENTI PRIVATI IN CONTROLLO PUBBLICO AI
SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013**

La Sottoscritta _Stefania Monizzi

nata a

C.F.

in relazione all'incarico di Componente del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ASST Ovest Milanese

consapevole

delle conseguenze previste all'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, nonché delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi di cui all'articolo 76 del medesimo testo normativo;

che lo svolgimento dell'incarico in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. n. 39/2013 comporta la decadenza dall'incarico stesso decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato da parte del Responsabile per la prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. n. 39/2013;

che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella Sezione Amministrazione trasparente del Portale istituzionale dell'ASST Ovest Milanese.

DICHIARA

- ☒ di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità di cui al D.lgs. n. 39/2013;
- ☒ di non essere componente di altri Nuclei di Valutazione;

OPPURE

- ☐ di essere componente dei seguenti Nuclei di Valutazione:

Ente	Periodo	Presidente o componente

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione, dandone immediato preavviso alla ASST Ovest Milanese – Direzione Generale.

Milano, 27.08.2024

F.to Stefania Monizzi

La presente dichiarazione è rilasciata dall'interessato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del REG. UE 2016/679 nella consapevolezza che i dati personali raccolti saranno trattati dall'ASST Ovest Milanese, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.