

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ
(ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

Il/La sottoscritto/a AUTOMONTE MARIA, nato/a a [REDACTED]
il [REDACTED]
in qualità di DIRETTORE FARMACIA della struttura
FARMACIA OSPEDALICERA DIP. SERVIZI
(indicare Unità Operativa/ struttura Dipartimentale/ altro)

del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi-Melacrino-Morelli" (atto di nomina:
31-1-2025 del N.64), ai sensi dell'art. 20 del
decreto legislativo dell'8 aprile 2013, n. 39, consapevole delle responsabilità penali in caso di
dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- a) che non sussistono sussistono **cause di inconferibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo dell'8 aprile 2013, n. 39;
- b) che non sussistono sussistono **cause di incompatibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo dell'8 aprile 2013, n. 39.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data

RC 1-1-26

Firma del dichiarante

