



DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O INCOMPATIBILITA'

Il sottoscritto **MILCO COACCI**, in relazione all'incarico di DIRETTORE AMMINISTRATIVO dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata conferito con determina n. 602 del 7.06.2023,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o mendaci secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità (ex artt. 3, 5 e 8 del D.Lgs. 39/2013) e incompatibilità (ex. artt. 10 e 14 del D.Lgs. n. 39/2013) nonché di non trovarsi in alcuna delle cause ostative di cui all'art. 3 comma 11 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto D.Lgs. n. 39/2013.

Macerata,

data di apposizione della firma digitale

Il Direttore Amministrativo

Dott. Milco Coacci