

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R.
28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto MILENA FINI..... nato/a a S. LAZZARO DI SAVENA..... (BO.),
il 22/10/1962..... e residente a S. LAZZARO DI SAVENA
(BO.) in Via/Piazza EMILIA..... n. 234/A con riferimento al
conferimento dell'incarico di Direttore Scientifico dell'Istituto di ricovero e cura di diritto
pubblico ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI.....
consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i., e
della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false
o mendaci nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del d. lgs. n. 39/2013, recante disposizioni
in materia di inconferibilità e incompatibilità, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- l'insussistenza a proprio carico delle cause di inconferibilità al predetto incarico previste dal Capo II, art. 3, dal Capo III, art. 5, dal Capo IV, art. 8 del d.lgs. n. 39/2013 succitato.
- di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art. 20 del decreto legislativo succitato, è condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico e verrà pubblicata nel sito del Ministero della salute.

Luogo e data

BOLOGNA, 28/04/2022

Firma

Milena Fini

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. La copia dell'istanza sottoscritta dall'interessato e la copia del documento di identità possono essere inviate per via telematica.