

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL**  
**D.LGS. N. 39/2013-05-23**  
**(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Io sottoscritto Paolo VEARDO nato il 19/4/1956

**In qualità di titolare dei seguenti incarichi:**

- **Consigliere di Amministrazione dell'Ente Ospedaliero Ospedale Galliera**

sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445:

**DICHIARO:**

In conformità a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 20 del D.Lgs. 08/04/2013, n. 39 "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 2013, n. 190" e s.m.i., l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'incarico sopra descritto.

Allego copia di documento di identità

Data

27/09/2016

Firma

