



**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE**

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
resa ai sensi dell'art.20, comma 2 del D.Lgs. 39/2013**

Il sottoscritto Dr. Edoardo Berselli, nato a Novara il 05/07/1963, in qualità di Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- che ai sensi degli artt. 10 e 14 del D.Lgs. 39/2013 non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

In fede,

**IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Edoardo Berselli**

Pesaro, lì 09 ottobre 2024

*Documento sottoscritto con firma digitale ex D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii*