

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

**Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità ed incompatibilità all'incarico dirigenziale.**

In relazione a quanto previsto dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, la sottoscritta, Locatelli Claudia, Dirigente responsabile della SS IAOA Distretto B del Dipartimento Veterinario dell'ATS di Bergamo

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità**

**DICHIARA  
sotto la propria responsabilità**

**(Barrare la casella scelta)**

l'insussistenza a proprio carico di cause di inconfiribilità e/o incompatibilità all'incarico, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 39/2013;

di aver fatto cessare le cause di inconfiribilità e/o incompatibilità all'incarico dal giorno ....., come da documentazione allegata;

che sussistono le seguenti cause di inconfiribilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni richiamate nel D.Lgs. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

.....  
.....  
e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventualmente variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

**Bergamo, 19/09/2025**

**Il dichiarante**

**Dr.ssa Claudia Locatelli**

Documento originale sottoscritto mediante firma digitale e conservato agli atti dell'ATS in conformità alle vigenti disposizioni del D.Lgs 82/2005 e disposizioni attuative

Firmato da:  
CLAUDIA LOCATELLI  
Codice fiscale: LCTCLD65M56G856G  
Valido da: 09-10-2024 13:38:47 a: 09-10-2027 02:00:00  
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT  
Riferimento temporale 'SigningTime': 19-09-2025 08:55:50  
Motivo: Approvo il documento

Trattamento dati personali:

Il/La Sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**NOTA BENE: ai sensi dell'art. 20, comma 3 del d.lgs n. 39 del 08.04.2013 la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'ATS di Bergamo.**

**Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo**