

DICHIARAZIONE di INSUSSISTENZA di CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

(D.Lgs n. 39/2013)

Ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

Il sottoscritto dottor RAFFAELLA FERRARI, nato a (omissis) il (omissis) in relazione all'incarico di Direttore SocioSanitario presso l'A.s.s.t. Lariana, di cui alla deliberazione n. 127 del 11.2.2019 consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali relative a dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

X che non sussiste alcuna causa di incompatibilità a proprio carico;

X che non sussiste alcuna causa di incompatibilità relativa al coniuge o a parenti;

X di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di essere titolare dei seguenti incarichi:

di svolgere la seguente attività professionale (precisare se e quali rapporti sussistano con la P.A. conferente o se non sussistono rapporti con la P.A. conferente):

di essere titolare dei seguenti incarichi, cariche o di svolgere le seguenti attività professionali per enti di diritto privato del SSN:

che i seguenti soggetti (coniuge o parenti entro il secondo grado) sono titolari dei seguenti incarichi, cariche o svolgono le seguenti attività professionali per enti di diritto privato del SSN

di essere componente dell'Organo di indirizzo dell'Amministrazione conferente, come di seguito precisato:

di essere titolare delle seguenti cariche politiche o di indirizzo in enti di diritto privato in controllo pubblico (specificare amministrazione, carica e scadenza):

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'amministrazione eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Allega documento di identità

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data S. Fermo 12.1.22

f.to RAFFAELLA FERRARI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali, forniti dal dichiarante, che saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Luogo e data S. Fermo 12.1.22

f.to RAFFAELLA FERRARI

L'originale della presente attestazione è conservato agli atti presso la u.o.c. Affari Generali e Legali di A.s.s.t. Lariana.

DICHIARAZIONE di INSUSSISTENZA di CAUSE DI INCONFERIBILITA'

(D.Lgs n. 39/2013)

Ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

Il sottoscritto dottor RAFFAELLA FERRARI, nato a (omissis) il (omissis) in relazione all'incarico di Direttore SocioSanitario presso l'A.s.s.t. Lariana, di cui alla deliberazione n. 127 del 11.2.2019 consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali relative a dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

X che non sussiste alcuna causa di inconferibilità a proprio carico;

ovvero

- che sussiste la seguente sentenza di condanna o patteggiamento (art.444 c.p.p.):

(indicare estremi della sentenza, la pena irrogata o allegare la sentenza integrale, se disponibile)

- che la sentenza prevede anche la sanzione dell'interdizione dei pubblici uffici:
 - perpetua
 - temporale per il periodo _____
- che il rapporto di lavoro o l'incarico è cessato in ragione della condanna (in esito a procedimento disciplinare per i dipendenti)
- che è stato disposto il rinvio a giudizio per il seguente reato:

(indicare gli artt del codice penale citati nel provvedimento);

- di essere o di essere stato titolare dei seguenti incarichi/cariche conferiti da enti di diritto privato, di avere svolto le seguenti attività libero professionali (indicare l'ente per il quale si è lavorato, natura, oggetto e durata dell'incarico):

- di essere stato titolare delle seguenti cariche politiche o di enti con poteri di controllo, vigilanza o finanziamento del SSN: _____

(indicare la carica ricoperta e durata)

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'amministrazione eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Allega documento di identità

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data S. Fermo 12.1.22

f.to RAFFAELLA FERRARI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali, forniti dal dichiarante, che saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Luogo e data S. Fermo 12.1.22

f.to RAFFAELLA FERRARI

L'originale della presente attestazione è conservato agli atti presso la u.o.c. Affari Generali e Legali di A.s.s.t. Lariana.