DICHIAKAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTOKIETA: DI INSUSSISTENZA DELLE FATTISPECIE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ CONTEMPLATE DAL D.LGS. 39/2013

(D.P.R. N. 445/2000 ART. 47)

Il/La sottoscritto/a	ROSSI GIORGIO	

in relazione al conferimento dell'incarico dirigenziale di:

TIPOLOGIA INCARICO	TIPOLOGIA STRUTTURA		DENOMINAZIONE STRUTTURA		
Direttore	Struttura Complessa		Neuropsichiatria Adolescenza	Infanzia	е

Si invita a voler compilare la tabella sopra riportata in ogni sua parte

ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190" e ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

che,	rispetto a	quanto già	precedentemente	dichiarato.	nell'	anno	2022:
------	------------	------------	-----------------	-------------	-------	------	-------

- X non sono intervenute o sono intervenute cause di inconferibilità ai sensi del medesimo decreto legislativo dell'8 a) aprile 2013, n. 39;
- X non sono intervenute

 sono intervenute cause di incompatibilità ai sensi del medesimo decreto legislativo dell'8 aprile 2013, n. 39;
- X di aver ricoperto/assunto, nell'anno 2022, i seguenti incarichi e/o cariche:

DATA DI CONFERIMENTO	DATA DI CESSAZIONE	DENOMINAZIONE E NATURA GIURIDICA DELL'ENTE presso il quale è prestata la carica o l'incarico, o al quale è prestata l'attività professionale	ORGANO CHE HA CONFERITO L'INCARICO	NOTE EVENTUALI
6/3/23	17/10/23	ASST SPEDALI CIVILI BS	NPIA	
			5	
	CONFERIMENTO	CONFERIMENTO CESSAZIONE	DATA DI CONFERIMENTO DATA DI CESSAZIONE GIURIDICA DELL'ENTE presso il quale è prestata la carica o l'incarico, o al quale è prestata l'attività professionale	DATA DI CONFERIMENTO DATA DI CESSAZIONE ORGANO CHE HA CONFERITO L'INCARICO

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data Va, 5/9/23

Firmato:

Ospedale F. Del Ponte Varese S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE Il Direttore DOTT. GIORGIO ROSSI

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi del D. Lgs. n. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale). L'originale sottoscritto è conservato nell'archivio informatico della SC Risorse Umane.