



## AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
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 CARLO CAPRA

nato/a a MILANO (MI) il 04/08/1963

in qualità di DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA in servizio presso ANESTESIA E RIANIMAZIONE PRESIDIO DI TRADATE

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:

- a) ☒ non sono intervenute ☐ sono intervenute cause di inconferibilità ai sensi del medesimo decreto legislativo dell'8 aprile 2013, n. 39;
- b) ☒ non sono intervenute ☐ sono intervenute cause di incompatibilità ai sensi del medesimo decreto legislativo dell'8 aprile 2013, n. 39;
- c) ☐ di aver ricoperto/assunto, **nell'anno 2018**, i seguenti incarichi e/o cariche:

(a titolo esemplificativo):

| DENOMINAZIONE DELLA CARICA O DELL'INCARICO<br>DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA IN PROPRIO | 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------|
|                                                                                                         |                      |                    |                                                                                                                                              |                                    |                |
|                                                                                                         |                      |                    |                                                                                                                                              |                                    |                |
|                                                                                                         |                      |                    |                                                                                                                                              |                                    |                |
|                                                                                                         |                      |                    |                                                                                                                                              |                                    |                |
|                                                                                                         |                      |                    |                                                                                                                                              |                                    |                |



**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI**

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

**Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:**

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l'ASST dei Sette Laghi;
- responsabile del trattamento è il dirigente della struttura destinataria della presente dichiarazione;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

Luogo e data

FIRMA

TRADATE, 13.11.2019

CARLO CAPRA