



**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 E 47 DEL DPR 445 DEL  
28/12/2000  
SULL'ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E  
INCOMPATIBILITA'  
ANNO 2026  
(Art.20, D. Lgs. n.39/2013)**

La sottoscritta Dott.ssa **MARIA GRAZIA RIGGIO**

Nata a ENNA il 26 dicembre 1965

in relazione all'incarico presso l'ASST RHODENSE di: "**Direttore SC - Neurologia**"

**consapevole**

- delle conseguenze previste all'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, nonché delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi di cui all'articolo 76 del medesimo testo normativo;
- che ai sensi dell'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013, ogni dichiarazione mendace, accertata dall'Amministrazione, comporta l'inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al medesimo decreto per un periodo di 5 anni, ferma restando ogni altra responsabilità;
- della nullità dell'atto di conferimento dell'incarico adottato lesivo delle disposizioni del D. Lgs. n. 39/2013, ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013;
- che lo svolgimento dell'incarico in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013 comporta la decadenza dall'incarico stesso decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato da parte del Responsabile per la prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 19 del D. Lgs. n. 39/2013;
- che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella Sezione Amministrazione trasparente del Portale istituzionale dell'ASST Rhodense

**DICHIARA** (Barrare le caselle di interesse)

**di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013.**

**OPPURE**

**di trovarsi nelle condizioni che potrebbero comportare inconferibilità e/o incompatibilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013 ed in particolare:**

1. di aver subito condanna per reati contro la Pubblica Amministrazione (reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, D. Lgs. n. 39/2013)  
**In caso di condanna per uno dei reati sopra citati**, indicare per quale/i reato/i è stata riportata la condanna, anche non definitiva e anche ai sensi dell'art. 444 C.P.P. (c.d. patteggiamento) e relativi estremi della pronuncia:

- **Sentenza** ..... per la commissione dei reati di cui agli articoli ..... C.p.
- **Interdizione dai pubblici uffici:**
  - Interdizione perpetua
  - Interdizione per anni ....., dal ....., al .....
  - Non vi è stata interdizione dai pubblici uffici.

2. di aver ricoperto/ricoprire le seguenti cariche politiche e/o incarichi Amministrativi (artt. 9 e 12, D. Lgs. n. 39/2013)

Tipologia carica/ incarico	Ente	Dal	al

Ulteriori informazioni che il/la dichiarante ritiene di dover fornire:

---



---



---



---

**ATTENZIONE: la presenza delle situazioni di cui ai punti 1 e 2 può comportare l'inconferibilità o l'incompatibilità dell'incarico.**

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione, dandone immediato preavviso alla ASST Rhodense- S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

Garbagnate Milanese, 24/2/20

La dichiarante  
f.to Dott.ssa MARIA GRAZIA RIGGIO

*La presente dichiarazione è rilasciata dall'interessato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 nella consapevolezza che i dati personali raccolti saranno trattati dall'ASST Rhodense, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*