

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'

(d.Lgs. n. 39/2013)

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

La sottoscritta, **Dr.ssa Salzillo Adelina**, nata a _____ il _____ relazione alla disponibilità all'assunzione dell'incarico di **Direttore Sanitario** presso l'ASST Rhodense, in riferimento all'art. 20, comma 2 del D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false e mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

VISTI gli articoli del D.Lgs n. 39/2013

- **3** (inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione)
- **5** (inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Locali a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati)
- **8** (inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Locali)

DICHIARA

Che non sussiste alcuna causa d'inconferibilità a proprio carico.

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

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.

Garbagnate Milanese, 13.02.2023

F.TO ADELINA SALZILLO

Dr.ssa Adelina Salzillo

La sottoscritta dichiara di essere stata informata che, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, i dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Garbagnate Milanese, 13.02.2023

F.TO ADELINA SALZILLO

Dr.ssa Adelina Salzillo

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
(d.Lgs. n. 39/2013)
ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

La sottoscritta, **Dr.ssa Salzillo Adelina**, nata a _____ il _____ in relazione alla disponibilità all'assunzione dell'incarico di **Direttore Sanitario** presso l'ASST Rhodense, in riferimento all'art. 20, comma 2 del D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false e mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

VISTI gli articoli del D.Lgs n. 39/2013

- **10** (incompatibilità tra le cariche direttive nelle aziende sanitarie locali, le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati e lo svolgimento di attività professionali)
- **14** (incompatibilità tra incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Locali e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali)

DICHIARA

che non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal già citato D.Lgs. ed in particolare da quanto previsto dagli artt. 10 e 14 dello stesso.

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

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.

Garbagnate Milanese, 13.02.2023

F.TO ADELINA SALZILLO

Dr.ssa Adelina Salzillo

La sottoscritta dichiara di essere stata informata che, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, i dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Garbagnate Milanese, 13.02.2023

F.TO ADELINA SALZILLO

Dr.ssa Adelina Salzillo