

**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 **DOTT.SSA ANNA MADDALENA IADINI**

in relazione al conferimento dell'incarico dirigenziale di:

| TIPOLOGIA INCARICO | | TIPOLOGIA STRUTTURA | | DENOMINAZIONE STRUTTURA |
|--------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------------|---|
| | Direttore | | Dipartimento | |
| X | Responsabile F.F. | X | Struttura Complessa | DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI OSPEDALIERI |
| | Responsabile S.S.D | | Struttura Semplice Dipartimentale | |
| | Responsabile S.S. | | Struttura Semplice | |

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 2023:

- 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 2023**, i seguenti incarichi e/o cariche:

| DENOMINAZIONE DELLA CARICA O DELL' INCARICO O 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 |
|--|----------------------|--------------------|--|--------------------------------------|----------------|
| COMPONENTE TITOLARE COMMISSIONE ESAMINATRICE CONCORSO PUBBLICO | 31.10.2023 | 31.10.2023 | AZIENDA SANITARIA LOCALE DEL VERBANO CUSIO OSSOLA | AZIENDA SANITARIA LOCALE DEL VERBANO | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

Luogo e data Varese, 9 febbraio 2024

Firmato: ANNA MADDALENA IADINI