

AL DIRETTORE
DELLA S.C. PERSONALE

MODULO DI DICHIARAZIONE SULLA TITOLARITÀ DI ALTRI INCARICHI

(ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a COLELLA ALESSANDRA matricola n. _____
qualifica MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA
Struttura S.I.D. UNGO DEGENZA E LEGITTURA TERRITORIALE in qualità di titolare, presso questa
ASL BI di Biella, del seguente incarico di consulenza e collaborazione _____
con decorrenza dal 28/11/2025 di cui al contratto n. _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. Eventuali situazioni di incompatibilità o inconferibilità a partire dal 01/01/2021

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000) e della specifica sanzione prevista dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013 (inconferibilità di qualsivoglia incarico per un periodo di 5 anni)

DICHIARA

- ☒ che non sussistono situazioni di inconferibilità o incompatibilità ai sensi del D.lgs. 39/2013 e del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001
- ☐ di essere a conoscenza di situazioni che potrebbero configurare inconferibilità/incompatibilità, come di seguito specificato:
- riguardo alle ipotesi di inconferibilità: condanne anche con sentenza non passata in giudicato o con sentenza di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p. per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale (reati contro la pubblica amministrazione), secondo quanto disposto dall'art. 3, c. 1, lett. c, del D.lgs. n. 39/2013;
 - relativamente alle ipotesi di incompatibilità: situazioni previste dall'art. 9 (Incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali) e dall'art. 12 (Incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni e esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali) del D.lgs. n. 39/2013.

DICHIARA

- ☒ di impegnarsi, al sopraggiungere nel corso dell'incarico, di una delle cause di inconferibilità o d'incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione all'ASL BI.

2. Consenso alla pubblicazione

- ☒ Acconsento alla pubblicazione dei dati contenuti nel presente modulo sul sito istituzionale dell'Ente, nella sezione "Amministrazione Trasparente", ai sensi della normativa vigente.
- ☐ NON acconsento alla pubblicazione per motivi da ritenersi legittimi (specificare):

DICHIARA INOLTRE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti dell'art. 14 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., quanto segue:

3. Attuale Titolarità di altri incarichi

- ☐ di NON ricoprire altri incarichi presso enti pubblici o privati.
☐ di ricoprire i seguenti incarichi presso enti pubblici o privati:

Denominazione Ente Pubblico/Privato (specificare se convenzionato)	Tipologia di incarico	Natura Incarico (pubblico/privato)	Durata; orario pattuito	Compenso (se previsto)
ISTITUTO CLINICA CITTA' STUDI (STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA ON SAN) MILANO	MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA	LIBERO PROFESSIONISTA	ORARIO NON CONCORDATO (ATTUALMENTE ZERO ORE)	45€ / h

4. Titolarità di altri incarichi a partire dal 01/01/2021

- ☐ di NON aver svolto altri incarichi.
☐ di aver svolto i seguenti incarichi:

Denominazione Ente Pubblico/Privato (specificare se convenzionato)	Tipologia di incarico	Natura Incarico (pubblico/privato)	Durata; orario pattuito	Compenso (se previsto)

Luogo e data: Ponderrario 28/11/2015

Firma: _____