



AL DIRETTORE
DELLA S.C. PERSONALE

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

Il/La sottoscritto/a DRAPPERO EMANUELE matricola n. _____
qualifica MEDICO SPECIALISTA MALATTIE INFETTIVE
Struttura MEDICINA INTERNA in qualità di titolare, presso questa
ASL BI di Biella, del seguente incarico di consulenza e collaborazione
con decorrenza dal _____ di cui al contratto n. _____

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.

- ☒ 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):



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

- ☐ 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)
GRUPPO ARCO COOPERATIVA SOCIALE	VISITE MEDICO SPORTIVE NON AGONISTICHE	PRIVATO	12 h/sett	

- ☐ 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)
ASL CITTA' DI TORINO	LIBERO PROFESSIONISTA EMERGENZA COVID 05/11/20 - 12/04/21	PUBBLICO	40 h/sett	

Luogo e data: TORINO 28/01/2026

Firma: Emilio [Signature]