



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: DA
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0001364
DATA: 06/02/2018
OGGETTO: Riscontro IOR_adempimenti D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Mario Cavalli

CLASSIFICAZIONI:

- [06-02]

DOCUMENTI:

File

PG0001364_2018_Lettera_firmata:

PG0001364_2018_Allegato1:

Hash

DC9643F560A48BEDA0981BF3AF7941030F6D11A58CDEAAA2
E8E0D840CD248BB3

F5A6DF7B58CD8D58A37C1E9C7E44529F46987841EA62145C9
F2DD094EDBEC8AE



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Direzione Generale

Cortese Attenzione

Dr.ssa Marzia Cavazza
Direttore Servizio Amministrativo del
SSR Sociale e Socio-Sanitario
RER

Direzione Generale

OGGETTO: Riscontro IOR_adempimenti D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39

Il relazione alla richiesta PG 68491 dell'1 febbraio 2018, relativa agli adempimenti del D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39, si trasmette la dichiarazione debitamente compilata e firmata digitalmente all'interno del file in formato pdf.

Cordiali saluti

Il Direttore Generale
Dott. Mario Cavalli

Firmato digitalmente da:
Mario Cavalli

Responsabile procedimento:
Maria Carla Bologna

DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Istituto Ortopedico Rizzoli
Via di Barbiano n. 1/10 – 40136 Bologna
Tel. 051-6366729
E-mail: direzione.amministrativa@ior.it
PEC: direzione.amministrativa@pec.ior.it

Istituto Ortopedico Rizzoli
Sede legale Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Ospedale Via G. C. Pupilli, 1 - 40136 Bologna
Centro di Ricerca Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Tel. 051/6366111 - Fax 051/580453 www.ior.it
Codice Fiscale e Partita IVA 00302030374

MODULO DA UTILIZZARE PER DICHIARAZIONE ANNUALE- DIRETTORE GENERALE NELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

(DA PUBBLICARE SUL SITO WEB ISTITUZIONALE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA)

COMUNICAZIONE ANNUALE OBBLIGATORIA SULLA ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' (Art. 20 comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

Io sottoscritto/a MARCO CAVALLI, nato/a a BOLOGNA il 25/08/1955
nominato/a direttore della AUSL denominata ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZIOLI IRCCS

valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e **consapevole** delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013, **sotto la mia personale responsabilità** ai fini di quanto previsto dall'art. 20, comma 2, del D.Lgs. 39/2013 recante "*Disposizioni in materia di inconfirmità 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*"

DICHIARO

di non essere titolare di incarichi o cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo (**art. 10, comma 1, lett. a, del D.Lgs. n. 39/2013**);

di non svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo (**art. 10, comma 1, lett. b, del D.Lgs. n. 39/2013**);

che il mio coniuge, o un parente o un affine entro il secondo grado non si trova in una delle situazioni indicate alle precedenti lettere a) e b) (**art. 10, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013**);

di non essere titolare di una delle seguenti cariche (**art. 14 del D.Lgs. n. 39/2013**):

- Parlamentare, Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Viceministro, Sottosegretario di Stato, Commissario straordinario del Governo di cui all'art. 11 della L. 23.8.1988, n. 400, Amministratore di ente pubblico o di Ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale;

- componente della Giunta regionale o dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna o Amministratore di Ente pubblico o di Ente di diritto privato, in controllo pubblico della Regione Emilia-Romagna, che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo;

- componente di una Giunta o di un Consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti (o associazione tra comuni che raggiungano assieme la medesima popolazione) del territorio emiliano-romagnolo;

- Presidente o Amministratore delegato di Enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione, nonché di Province, Comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti i (o associazione tra comuni che raggiungano assieme la medesima popolazione) del territorio emiliano-romagnolo.

Dichiaro inoltre di essere consapevole che:

- l'acquisizione, nel corso dell'incarico di direttore generale di AUSL, di uno degli incarichi o cariche indicati nelle lettere da a) a d) è incompatibile con il mantenimento dell'incarico medesimo;
- per tutta la durata dell'incarico, deve essere presentata annualmente alla Regione Emilia-Romagna una dichiarazione sulla persistente assenza di cause di incompatibilità,
- la presente dichiarazione deve essere pubblicata sul sito istituzionale della Regione Emilia-Romagna (art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013).

Data 06-02-2018

Nome e Cognome del dichiarante RAFFAELLO CAVALLI

Firma (in forma digitale se possibile) "Firmato digitalmente"

N.B: SE FIRMATO IN FORMA DIGITALE INSERIRE, DOPO IL NOME E COGNOME, NELLO SPAZIO DELLA FIRMA, LA DICITURA "FIRMATO DIGITALMENTE"

Spazio riservato all'ufficio ricevente, da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità in corso di validità

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

_____ Il dipendente addetto (timbro e firma)*

il dipendente addetto è individuato e incaricato dal direttore generale della struttura competente, preferibilmente tra i collaboratori assegnati alla sua segreteria.