



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



DICHIARAZIONE DI ASSENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA' (D.Lgs. 39/2013) - anno 2024.

Io sottoscritta Dott.ssa **MILENA FINI** nata a SAN LAZZARODI SAVENA (BO) il 22.10.1962,

ai sensi di quanto disposto dagli art. 46-47 del D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445,

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, sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

ai fini di quanto previsto dall'art. 20 -comma 2- D.Lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma della Legge 6 novembre 2012, n. 190", **consapevole anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013:**

A) Cause di incompatibilità

- di non avere conseguito incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR (art. 10, comma 1, del D.Lgs. n. 39/2013);
- di NON svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dal SSR (art. 10, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013);
- che né il coniuge, né il parente o affine entro il secondo grado svolge un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dal SSR né ha cariche o incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR (art. 10, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013);
- di NON trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dall'art. 14, commi 1, 2 e 3, del D.Lgs. n. 39/2013 (vedi Nota 1).
- di NON trovarsi altresì in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 1 comma 818, della L. n. 296/2006. (vedi nota 2)

Dichiara di essere informato che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale e sul sito del Ministero della Salute e dovrà essere presentata annualmente ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013.

Dichiara infine di impegnarsi a comunicare tempestivamente le cause di incompatibilità che dovessero insorgere nel corso dell'espletamento dell'incarico.

Data 30/01/2024

Firma del dichiarante



da pubblicare sul sito WEB

In caso di trasmissione del presente modulo per posta elettronica non certificata o per posta, allo stesso dovrà essere allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità