

Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti

<b>Cognome</b>	CHIARINO
<b>Nome</b>	CLAUDIA
<b>Nato a</b>	GENOVA
<b>Data di nascita</b>	14/02/1962
<b>Incarico in ATS</b>	Responsabile di Struttura Semplice IGIENE ALIMENTI

**DICHIARA**

*Barrare una opzione*

di NON avere altre cariche, presso enti pubblici o privati.

*oppure*

di avere altre cariche, presso enti pubblici o privati e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti.

<b>Carica o incarico</b>	.....
<b>Soggetto conferente</b>	.....
<b>Periodo</b>	.....
<b>Compenso in euro</b>	.....
<b>Note</b>	.....

<b>Carica o incarico</b>	.....
<b>Soggetto conferente</b>	.....
<b>Periodo</b>	.....
<b>Compenso in euro</b>	.....
<b>Note</b>	.....

<b>Carica o incarico</b>	.....
<b>Soggetto conferente</b>	.....
<b>Periodo</b>	.....
<b>Compenso in euro</b>	.....
<b>Note</b>	.....

Monza,

Data: 20/01/2022

Firma  


Altri eventuali incarichi con ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA e indicazione dei compensi spettanti

Cognome	CHIARINO
Nome	CLAUDIA
Nato a	GENOVA
Data di nascita	14/02/1962
Incarico in ATS	Responsabile di Struttura Semplice IGIENE ALIMENTI

DICHIARA

Barrare una opzione

di NON avere altri eventuali incarichi con ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA.

oppure

di avere altri incarichi con ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA.

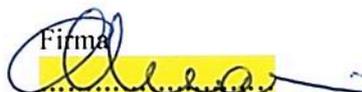
Carica o incarico	DOCENTE MASTER ALIMENTAZIONE E DIETETICA APPLICATA
Soggetto pubblico conferente	UNIVERSITA' MILANO BICOCCA
Periodo	18/02/2022 e 25/02/2022
Compenso in euro	480,00
Note	6 ORE DI DOCENZA

Carica o incarico	.....
Soggetto pubblico conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
Note	.....

Carica o incarico	.....
Soggetto pubblico conferente	.....
Periodo	.....
Compenso in euro	.....
note	.....

Monza,

Data: 20/01/2022

Firma  




## DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE **INCOMPATIBILITÀ**

Ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445

Il sottoscritto CLAUDIA CHIARINO: nato a GENOVA il 14/02/1962 in relazione all'incarico di Responsabile di Struttura Semplice IGIENE ALIMENTI presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n. 698 del 30/11/2015 richiamato l'art. 20, comma 3, del D. Lgs. N. 39 del 8/4/2013, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445/2000,

### DICHIARA

che non sussistono a proprio carico condizioni di **INCOMPATIBILITÀ**, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal già citato D. Lgs. ed in particolare da quanto previsto dagli artt. 10 e 14 dello stesso.

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Monza,

Data: 20/01/2022

Firma