



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ

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

il/la sottoscritto/a GIORGIA PAUWERI in relazione all'incarico di Direttore/Responsabile di struttura: SC SERVIZIO FARMACEUTICO presso l'ATS della Brianza, conferito con decreto/deliberazione n. 467 del 4/12/23, richiamato l'art. 20, comma 2, 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. n. 39/2013.

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

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato, che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

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.

Luogo e data Monza 19/3/24

Firma

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.Lvo 82/2005 e ss.mm.ii.



DICHIARAZIONE DI AVERE/NON AVERE ALTRI EVENTUALI INCARICHI CON ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA e indicazione dei compensi spettanti (art. 14, c. 1 lett. e) del D.Lgs. 33/2013)

resa ai sensi delle disposizioni di cui agli art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 N. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, di cui agli artt. 75 e 76 del citato DPR n. 445/2000

Cognome	PALTIERI
Nome	GIORGIA
Incarico in ATS	Direttore/Responsabile di struttura RESPONSABILE SERVIZIO FARMACEUTICO.....

DICHIARA

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

Carica o incarico CONSIGLIERE
Soggetto pubblico conferente ORDINE FARMACISTI MI/MB/LO
Periodo 2021/2024
Compenso in euro /
Note NESSUN ONERE

Carica o incarico
Soggetto pubblico conferente
Periodo
Compenso in euro
Note

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato, che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 14, comma 1 bis del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Luogo e data ..19/3/2024.....

Firma

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.Lvo 82/2005 e ss.mm.ii.