



**DICHIARAZIONE DI AVERE/NON AVERE ALTRE CARICHE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI,  
E RELATIVI COMPENSI A QUALSIASI TITOLO CORRISPOSTI**  
(art. 14, c. 1 lett. d) 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

<b>Cognome</b>	CELADA	
<b>Nome</b>	SILVIA	
<b>Incarico in ATS</b>	Direttore/Responsabile f.f.di Struttura SC Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio comportamentali	

**DICHIARA**

☐ 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>	Docente a contratto
<b>Soggetto conferente</b>	Università degli Studi di Bergamo
<b>Periodo</b>	Settembre 2024 – Settembre 2025
<b>Compenso in euro</b>	€ 3000,00
<b>Note</b>	*****

<b>Carica o incarico</b>	Presidente della Commissione Regionale d’Appello
<b>Soggetto conferente</b>	Regione Lombardia
<b>Periodo</b>	Maggio 2024 – Maggio 2029
<b>Compenso in euro</b>	€ 189 a seduta (min. 6 sedute/anno)
<b>Note</b>	*****

**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 : Monza, 6 marzo 2025

Firmato da:  
SILVIA CELADA  
Codice fiscale:   
Valido da: 11-12-2024 14:10:14 a: 11-12-2027 01:00:00  
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT  
Riferimento temporale 'SigningTime': 07-03-2025 15:42:16  
Motivo: Approvo il documento

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 artt. 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 mendace, falsità in atti e uso di atti falsi, di cui agli artt. 75 e 76 del citato DPR n. 445/2000

<b>Cognome</b>	CELADA
<b>Nome</b>	SILVIA
<b>Incarico in ATS</b>	Direttore f.f. SC Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio Comportamentali

**DICHIARA**

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

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

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

**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 Monza, 6 marzo 2025

Firmato da: **Firma**  
SILVIA CELADA  
Codice fiscale: .....  
Valido da: 11-12-2024 14:10:14 a: 11-12-2027 01:00:00 .....  
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT  
Riferimento temporale: SigningTime: 07-03-2025 15:43:18  
Motivo: .....  
**Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.Lvo 82/2005 e ss.mm.ii.**



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

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

il/la sottoscritto/a **CELADA SILVIA** in relazione all'incarico di Direttore/Responsabile di struttura SC Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio Comportamentali presso l'ATS della Brianza, conferito con decreto/deliberazione n. 445 del 21/11/2023, 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 6 marzo 2025

Firmato da  
SILVIA CELADA  
Codice fiscale:   
Valido da: 11-12-2024  11-12-2027 01:00:00  
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT  
Riferimento temporale 'SigningTime': 07-03-2025 15:44:05  
Motivo: Approvo il documento \*\*\*\*\*

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