

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

<b>Cognome</b>	PASSONI
<b>Nome</b>	PAOLA
<b>Nato a</b>	VIMERCATE
<b>Data di nascita</b>	10/09/1964
<b>Incarico in ATS</b>	Direttore di Struttura Complessa FRAGILITA' E CRONICITA'

**DICHIARA**

*Barrare una opzione*

X 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.**

<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>	.....

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

Monza,

Data:08/02/2021

  
 Firma

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

Cognome	PASSONI
Nome	PAOLA
Nato a	VIMERCATE
Data di nascita	10/09/1964
Incarico in ATS	Direttore di Struttura Complessa FRAGILITA' E CRONICITA'

#### DICHIARA

*Barrare una opzione*

X 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.

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

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

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

Monza,

Data:08/02/2021

  
 Firma



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

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

La sottoscritta PAOLA PASSONI: nata a VIMERCATE (MI) il 10/09/1964, in relazione all'incarico di Direttore di Struttura Complessa **Fragilità e Cronicità** presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n. 742 del 26/11/2018, 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: 08/02/2021

Firma