



Azienda di Servizi alla Persona
"GOLGI-REDAELLI"

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

Il/La Sottoscritto/a ROSASPINA STEFANIA

nato/a a MILANO il 01/10/1972

residente in [REDAZIONE] Via [REDAZIONE] n° [REDAZIONE]

in relazione all'incarico di funzione: COORDINAMENTO PERSONALE PROFESSIONI DELLA RIABILITAZIONE DI
ricoperto presso l'Azienda di Servizi alla Persona "Golgi-Redaelli", UNITA' ASSISTENZIALE

preso atto della vigente normativa sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni in tema di incompatibilità e cumulo di impieghi e incarichi ed, in particolare, delle disposizioni di cui al D. Lgs. 39/2013 in materia di inconferibilità (artt. 3-8) e incompatibilità (artt. 9-14) degli incarichi nelle pubbliche amministrazioni,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. citato

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussiste alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dalla normativa vigente;
- di impegnarsi a segnalare/a rimuovere tempestivamente eventuali cause di incompatibilità sopravvenute.

Fa presente, altresì:

- di non svolgere incarichi/attività a carattere retribuito presso altri enti pubblici o privati;
- di svolgere, ancorché a carattere gratuito, le attività specificate in allegato, comunicate all'Azienda e, ove del caso, autorizzate dalla stessa ai sensi della normativa e del CCNL vigenti;
- di impegnarsi a comunicare preventivamente all'Azienda, ai fini della conseguente autorizzazione, eventuali future attività/incarichi professionali rientranti nell'ambito della vigente normativa in materia di svolgimento di attività riferita ai dirigenti della P.A.

Milano, 16/5/22

Il/La dichiarante

Stefania Rosaspina

Si allega:

- copia documento d'identità,
- elenco incarichi (se presenti)