

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ
RELATIVA ALLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E DI INCOMPATIBILITÀ
ai sensi del D.Lgs. 39/2013 e dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.¹**

La sottoscritta ELENA BRAVI, in relazione all'incarico di DIRETTORE PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA presso l'APSS conferito con Deliberazione del D.G. nr. 627 del 30/09/2025, consapevole delle sanzioni amministrative e penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

Di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal d.lgs. 8 aprile 2013, n.39¹

In particolare ai fini della **conferibilità** di incarichi di direzione nelle aziende sanitarie:

X di non aver riportato condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro II del codice penale (d.lgs. n. 39/2013, capo II, articolo 3)¹;

X di non avere svolto incarichi e/o ricoperto cariche, nei due anni precedenti il conferimento dell'incarico, in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario provinciale (d.lgs. n. 39/2013, capo III, articolo 5)¹;

X di non rientrare in nessuna delle ipotesi di inconferibilità di cui all'articolo 8, capo IV, del d.lgs. n. 39/2013¹.

Ai fini delle cause di **incompatibilità**:

X di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui all'articolo 10, capo V, del d.lgs. n. 39/2013¹;

X di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui all'articolo 14, capo VI, del d.lgs. n. 39/2013¹.

Di specificare, nella tabella sottostante, gli incarichi e cariche, le attività professionali, svolti negli ultimi 3 anni e gli eventuali incarichi e cariche, in essere:

Amministrazione/Ente/ Società/studio professionale	Tipologia di incarico/carica/attività	Data di nomina/conferimento	Data di scadenza/cessazione

- ♦ di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito aziendale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;
- ♦ di impegnarsi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconferibilità o di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

^{1 1} Per i contenuti dei singoli articoli si veda l'allegato alla presente dichiarazione "Legenda dei riferimenti normativi citati"

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 con la sottoscrizione della presente dichiarazione il sottoscritto/a autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali e dichiara di essere informato/a, che i dati raccolti vengono trattati, con l'ausilio di mezzi informatici e cartacei idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Documento firmato

Protocollo: APSS.20/06/2025.0116879