



ALLEGATO 1

**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i.)

Il / La sottoscritto/a ANNA GAGLIARDI  
Nata a VERBANIA il 16.09.1964  
Codice fiscale GGLNNA64P54L746L  
Residente a VERBANIA in via COSIANZA, 6

Nella \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
DIRIGENTE ANALISI - DIRETTORE S.O.C. I.C.T.

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i., chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni, e relativamente a quanto disposto dal D.Lgs. 08/04/2013 n. 39 (disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, comma 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190):

- che
  - o sussistono situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI del predetto D.Lgs. n. 39/2013 (specificare \_\_\_\_\_)
  - non sussistono situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI del predetto D.Lgs. n. 39/2013;
  - o presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:
    - ❖ non svolge incarichi;
    - ❖ svolge i seguenti incarichi.....
    - ❖ non è titolare di cariche;
    - ❖ ricopre le seguenti cariche .....
    - ❖ non svolge attività professionale (esclusa l'attività Libero-Professionale intramuraria);
    - ❖ svolge le seguenti attività professionali (esclusa l'attività Libero-Professionale conseguente a rapporto non esclusivo già autorizzato).....

- che nel caso in cui sorga una situazione di incompatibilità si impegna a comunicarla per iscritto alla funzione superiore in via gerarchica entro il termine massimo di 48 ore da quanto ne ha avuto conoscenza.

- Dichiara infine di essere informato che:

- o ai sensi dell'art. 20, comma 3, D.Lgs. 08/04/2013 n. 39 la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Amministrazione, unitamente al curriculum vitae, in apposita sezione (Amministrazione Trasparente).
- o i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, 19.05.2014  
Anna Gagliardi







**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sece legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il / La sottoscritto/a ANNA GAGLIARDI  
Nata a VERBANIA il 16-09-1964  
Codice fiscale GGLNNA64PS4L746L  
Residente a VERBANIA in via COSTANZA M.G.

Nella \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
DIRIGENTE ANALISA - DIRETTORE S.O.C. I.C.T.

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i., chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni, e relativamente a quanto disposto dal D.Lgs. 08/04/2013 n. 39 (disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, comma 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190):

- che
  - sussistono situazioni di inconfiribilità di cui ai capi III e IV del predetto D.Lgs.n.39/2013(specificare.....)
  - non sussistono situazioni di inconfiribilità di cui ai capi III e IV del predetto D.Lgs. n. 39/2013;

Data, 19.05.2014

Anna Gagliardi  
(firma del dichiarante)