

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI
E DI COLLABORAZIONE O CONSULENZA**

(Art. 15 del Decreto Legislativo 14/03/2013 n. 33 c. 1 e 2)

Il sottoscritto ai sensi dell'Art. 15 del Decreto Legislativo 14/03/2013 n. 33

Cognome

MARASCHI

Nome

STEFANO

Incarico in Azienda Speciale

Collaboratore Medico

Dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/00

- ☐ che in aggiunta all'incarico con l'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali svolge incarichi professionali, o è titolare di cariche in altri enti pubblici o privati regolati o finanziati da una Pubblica Amministrazione.

Ente	Incarico/Carica

 si allega Curriculum vitae aggiornato e sottoscritto.

Con la firma in calce, l'interessato presta il relativo consenso al trattamento dei propri dati personali anche ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/16 per la finalità correlata alla presente auto-dichiarazione.

Data

11.3.2025

Il Dichiarante **DR. MARASCHI STEFANO**
SPEC. ENDOCRINOLOGIA
VIA GARIBALDI - LIVRAGA
TEL. 0377/987149
P.I. 02838040158

**DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI
DI CUI AL D.LGS. n. 39 DEL 2013
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)**

Il sottoscritto

Cognome

MARASCHI

Nome

STEFANO

Incarico in Azienda Speciale

Collaboratore Medico

in attuazione del disposto di cui all'art. 20, comma 2, del D.lgs. 39/2013, e consapevole delle responsabilità civili e penali e amministrative relative a dichiarazioni false e mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

- a) che non sussiste alcuna causa di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per lo svolgimento del proprio incarico presso l'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali.
- b) di non incorrere nei divieti dell'art. 53 comma 16 — ter D.lgs. 165/01 e art. 21 D.lgs. 39/13.
- c) di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet dell'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali e di prestare il relativo consenso al trattamento dei propri dati personali anche ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/16;
- d) allega copia del documento di identità fronte-retro in corso di validità;

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali ogni e qualsivoglia mutamento della situazione dichiarata.

Data

11/3/2025

Il Dichiarante



DR. MARASCHI STEFANO
SPEC. ENDOCRINOLOGIA
VIA GARIBALDI - LIVRAGA
TEL. 0377/987149
P.I. 02838040158

NB: Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica fronte-retro non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia del documento di identità può essere inviata per via telematica.