

DICHIARAZIONE

SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DELL'ARTICOLO 20, DEL DECRETO LEGISLATIVO 8 APRILE 2013, N. 39

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a Elena De Martin, dirigente sanitario _____ in servizio presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" in riferimento all'incarico Fisico Medico, ai sensi dell'art. 20 del decreto legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal Decreto del Presidente della Repubblica del 28.12.2000 n. 445 è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, di cui all'articolo 76 dello stesso D.P.R. e che la presente viene rilasciata ai sensi e per gli effetti del predetto D.P.R. che:

1. in relazione all'incarico dirigenziale sopra richiamato, ai sensi del medesimo Decreto Legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39

☒ non sussistono cause di inconferibilità

☐ sussistono le seguenti cause di inconferibilità _____

2. in relazione all'incarico dirigenziale sopra richiamato, ai sensi del predetto Decreto Legislativo

☒ non sussistono cause di incompatibilità

☐ sussistono le seguenti cause di incompatibilità _____

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale;

Dichiara di essere informato che:

- la presente dichiarazione verrà pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale <http://www.istituto-besta.it> ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 D.Lgs. 39/2013;
- i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di protezione dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018).

DATA, 06/11/2025

(firmato)
Elena De Martin

DICHIARAZIONE

ai sensi dell'art. 14, **comma 1, lett. d)** ed **e)** del D.Lgs. n. 33/2013

Il/la sottoscritto Dr. ssa _____ Elena De Martin _____

con riferimento all'incarico di _____ Fisico Medico _____

presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

consapevole

- della responsabilità penale prevista ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci
- che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente sul sito web istituzionale della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta e che dovrà essere rinnovata con cadenza annuale

DICHIARA

1) Relativamente a quando disposto dal D.Lgs. n. 33/2013, **art. 14 comma 1, lett. d)**:

☒ di non ricoprire altre cariche presso enti pubblici o privati;

ovvero

☐ di ricoprire altre cariche e di percepire compensi, a qualsiasi titolo corrisposti come da seguenti tabelle:

CARICA RICOPERTA PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI	DENOMINAZIONE ENTE	DATA INIZIO	DATA FINE	COMPENSO LORDO

2) Relativamente a quando disposto dal D.Lgs. n. 33/2013, **art. 14 comma 1, lett. e)**:

☒ di non ricoprire altri incarichi presso enti pubblici o privati con oneri a carico della finanza pubblica;
ovvero

☐ di ricoprire altri incarichi presso enti pubblici o privati con oneri a carico della finanza pubblica.

INCARICO RICOPERTO CON ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA	DENOMINAZIONE ENTE	DATA INIZIO	DATA FINE	COMPENSO LORDO

LUOGO E DATA: Milano, 06/11/2025

(NOME e COGNOME)

Elena De Martin