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 __FABIO BRUSCHI_____, qualifica__DIRIGENTE MEDICO _____ in servizio presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" in riferimento all'incarico __DIRIGENTE MEDICO A TEMPO DETERMINATO – NEUROPSICHIATRIA INFANTILE I DISORDINI DEL MOVIMENTO_____, 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

   x 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

   x 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).

Milano, _26/11/2026_____

F.to
____FABIO BRUSCHI_____

DICHIARAZIONE

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

Il/la sottoscritto ____FABIO BRUSCHI_____

con riferimento all'incarico di ___DIRIGENTE MEDICO_____

presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

c o n s a p e v o l e

- 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

D I C H I A R A

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

X 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):

X 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, _26/11/2026__

F.to FABIO BRUSCHI

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi del D. Lgs. n. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale). L'originale sottoscritto è conservato nell'archivio informatico della SC Risorse Umane.