



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



UFFICIO LEGALE
TEL. 0761 237032
FAX 0761237033 elaine.bolognini@asl.vt.it

OGGETTO: dichiarazione di incompatibilità Avv. Rosalba Valenzano PL 61/23

Sulla base della dichiarazione resa dal legale in oggetto e dagli atti in possesso di questo Ufficio, si attesta che per il legale in parola non sono state rilevate situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi con questa Azienda.

Cordiali Saluti

Il Responsabile dell'Ufficio Legale
Avv. Elaine Bolognini

R.C.

Denominazione Amministrazione

Azienda Sanitaria Locale di Viterbo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI O CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI (ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D. LGS. 33/2013)

Il/La sottoscritto/a **Avv. Rosalba Valenzano**

nato/a a **Conversano (BA)**

il **14.01.1970**

in relazione all'incarico di

difesa conferito dall'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo nel giudizio intentato dal Signor R.G. 8838/23 dinanzi al TAR Lazio-Rom

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

A) con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

- di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
- di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

| N. | Ente | Incarico | Durata | Gratuito |
|----|------|----------|--------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

B) con riferimento ai dati relativi alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

| N. | Ente | Carica | Durata | Gratuito |
|----|------|--------|--------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

C) con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di attività professionali

di NON svolgere attività professionali

di svolgere le seguenti attività professionali:

| N. | Attività Professionale | dal | Note |
|----|------------------------|-----|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Si impegna infine

D) a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che intervengano nel corso dell'incarico

Roma

Il, 22/08/2023

Firma del dichiarante

