

**MODELLO DI DICHIARAZIONI RELATIVE AI DIRIGENTI**  
**(RESPONSABILI DI DIPARTIMENTO E RESPONSABILI DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE)**

Il/ La sottoscritto/a GINNASI STEFANIA CF GNNSFN57L52H534E  
nato/a a RONCIGLIONE il 12-07-1957 residente in RONCIGLIONE

In qualità di (qualifica) DIRIGENTE FARMACISTA  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 dichiara:

**DICHIARAZIONE DI INCONFERIBILITA' / INCOMPATIBILITA'**

Dichiaro:

- Di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dal D.Lgs. 39/2013 ed in particolare in quelle a cui all'art.3 (inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione);
- Di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità di cui all'art.20, comma 5, D.Lgs. 39/2013 per avere rilasciato dichiarazioni sostitutive mendaci;
- Di non trovarmi in alcuna delle cause di incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013 ed in particolare in quelle a cui all'art.9 (incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali); all'art. 12 (incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni ed esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali, locali).

**DICHIARAZIONE INCARICHI E CARICHE RICOPERTE**

Dichiaro:

- Ai sensi dell'art.14, comma 1, lettera d) D.Lgs. 33/2013 di:
  - Non ricoprire
  - Ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici e privati:

Carica	Ente (pubblico o privato)	Periodo (data inizio/cessazione)	Compensi a qualsiasi titolo corrisposti
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>

- Ai sensi dell'art.14, comma 1, lettera e), del D. Lgs. 33/2013 di:
  - Non svolgere
  - Svolgere i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica:

Carica	Ente (pubblico o privato)	Periodo (data inizio/cessazione)	Compensi a qualsiasi titolo corrisposti

#### **ULTERIORI DICHIARAZIONI**

Dichiaro infine:

- Di non trovarmi allo stato in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'attività svolta e di impegnarsi a rendere annualmente una analoga dichiarazione ai sensi dell'art.20, comma 2 del D.Lgs. 39/2013 e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione;
- Di essere informato che ai sensi dell'art.21 del D.Lgs. 39/2013 e dell'ivi richiamato art.53, comma 16-ter D.Lgs. 165/2001, non potrò svolgere pre tre anni successivi alla cessazione del rapporto, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta dalla ASL di Viterbo nell'ambito dei poteri conferitimi nel corso del rapporto;
- Di essere a conoscenza di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della ASL Viterbo, condividendone ed osservandone i principi generali ed i protocolli specifici.

Ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003, con la sottoscrizione del documento presto il consenso alla pubblicazione della presente dichiarazione in apposita sezione del sito istituzionale della ASL Viterbo.

Sul mio onore affermo che le dichiarazioni rese rispondono al vero.

CIVITA PASTELLANA 20-02-2023  
(Luogo e data)

Firma  
