

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETTERA C)  
DEL D. LGS. 14 MARZO 2013, N. 33**

Il/La sottoscritto/a LORENZA BOSCHETTI\_\_\_ nato/a a TRENTO\_\_\_\_\_ (TN\_) il \_\_\_22/03/1957\_\_\_, dipendente dell'ATS di Pavia con la qualifica di \_\_\_DIRIGENTE MEDICO DI I LIVELLO\_\_\_\_\_ titolare del seguente incarico dirigenziale:

- Direttore Dipartimento\_\_\_\_\_
- Responsabile di struttura complessa UOC \_\_\_\_\_
- Responsabile di struttura semplice UOS** \_\_\_**Analisi dello stato di salute e della domanda assistenziale**\_\_
- Responsabile di struttura semplice dipartimentale UOSD\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del summenzionato D.P.R., sotto la propria responsabilità, secondo quanto previsto dall'art. 15, comma 1, lett. c) e dell'art. 41, comma 3 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33,

**DICHIARA**

di non svolgere incarichi/di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

*oppure*

di svolgere il seguente incarico/di essere titolare della seguente carica in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

| Soggetto conferente | Tipologia incarico/carica | Periodo di riferimento |
|---------------------|---------------------------|------------------------|
|                     |                           |                        |

**DICHIARA ALTRESI'**

di non svolgere alcuna attività professionale (con esclusione, tuttavia, delle attività formalmente autorizzate dall'ATS di Pavia ai sensi dell'art. 53, D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165);

*oppure*

di svolgere le seguenti attività professionali, ivi comprese le prestazioni svolte in regime intramurario (con esclusione, tuttavia, delle attività formalmente autorizzate dall'ATS di Pavia ai sensi dell'art. 53, D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165) :

| Ente presso il quale si svolge la prestazione professionale | Periodo di svolgimento della prestazione | Oggetto della prestazione e compenso complessivo lordo previsto |
|---|--|---|
|   |  |   |
|   |  |   |

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Responsabile per la Trasparenza e la Prevenzione della corruzione e al Responsabile dell'UOC Gestione del Personale Dipendente e Convenzionato dell'ATS di Pavia, utilizzando il medesimo modulo, ogni variazione riferita alla situazione personale sopra dichiarata.

DATA

23-04-2018

FIRMA DEL DICHIARANTE

*Lorenza Boschetti*

Quanto sopra anche ai fini della pubblicazione della presente dichiarazione sul sito internet dell'ATS di Pavia, come previsto dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39.

Ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario incaricato ovvero sottoscritta e inviata, insieme a copia di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.