

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|   <p>Sistema Socio Sanitario<br/>Ospedale Maggiore<br/>Regione Lombardia<br/>ASST Crema</p> | <p><b>Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa alle CAUSE DI INCOMPATIBILITA' ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013</b></p> | <p>Vers. 1/2016</p> <p>pag. 1</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|

Il sottoscritto Giuseppe Ferrari  
nato a - omissis - il - omissis -  
codice fiscale - omissis -  
in relazione al conferimento del seguente incarico di direzione in azienda sanitaria

- [ ] Direttore Generale  
[ ] Direttore Sanitario  
[ ] Direttore Sociosanitario  
[ X ] Direttore Amministrativo

(barrare la/le caselle di interesse)  
consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

### **d i c h i a r a**

sotto la propria responsabilità, quanto segue, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 (barrare **solo** la casella che interessa):

☒ che non sussiste alcuna delle cause di **incompatibilità** allo svolgimento di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013;

**o p p u r e**

☐ che sussistono le seguenti cause di **incompatibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013:

| Descrizione carica/incarico ricoperto | Disposizione di riferimento del D.Lgs. n. 39/2013 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                                       |                                                   |
|                                       |                                                   |
|                                       |                                                   |
|                                       |                                                   |

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 gg. dalla data della presente dichiarazione. Nelle more della scadenza del termini di 15 gg., l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata dalla rimozione delle cause di incompatibilità, che dovranno, entro il medesimo termine, essere comunicate all'ASST di Crema – U.O. Personale, tramite posta elettronica certificata o raccomandata A.R..

Crema, li 04/02/2026

Il dichiarante  
f.to Giuseppe Ferrari