

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a Sara Boffa titolare del
seguente incarico: Direttore ff SC Farmacia Ospedaliera

_____ presso l'ASL CN2 Alba-Bra

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall'Amministrazione;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del D.Lgs. n.39/2013, recante “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012. n. 190”.

Luogo Verduno data 10.09.25

Firma

Dott.ssa Sara BOFFA

Direttore f.f.

S.C. Farmacia Ospedaliera

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslc2@legalmail.it – www.aslc2.it

I:\Personale\GIURIDICO\MODELL\ndich_incompat_incarico.doc



**REGIONE
PIEMONTE**

www.regione.piemonte.it/sanita