***MODULO N. 10***

**Dichiarazione sugli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica**

(ai sensi **dell’art. 14 comma 1 - ter del D.Lgs. n. 33/2013**)

**ANNUALE (entro 31 marzo) da parte dei DIRIGENTI**

Il sottoscritto DIRIGENTE 1ASL

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | COGNOME |
| INCARICO DIRIGENZIALE RIVESTITO |  |

**DICHIARA**

DI AVERE PERCEPITO, **NEL CORSO DELL’ANNO \_\_\_\_\_\_,** I SEGUENTI EMOLUMENTI COMPLESSIVI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA

(ESCLUSE LE COMPETENZE STIPENDIALI)

€…………………………

**Di avere ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione, con particolare riguardo ai diritti riconosciuti al Capo III del sopraccitato Regolamento e alla circostanza che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(luogo e data) (Il dichiarante)**

**Si allega copia di documento d’identità in corso di validità del dichiarante.**