MODULO N. 9

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ, RELATIVA ALLA ASSUNZIONE DI ALTRE CARICHE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI E ALTRI EVENTUALI INCARICHI CON ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA

(da rendere **ai sensi dell'art. 14 comma 1 lett. d) e lett. e) del D.lgs. n. 33/2013**
da parte di DIRETTORI AZIENDALI, DIRETTORI DIPARTIMENTI, STRUTTURE COMPLESSE e STRUTTURE SEMPLICI

Il/la sottoscritto IACUINTA ADRIANA nato/a ..... il .. ....

Titolare di incarico (specificare incarico, decorrenza, estremi delibera).....
RESPONSABILE S.S. FARMACIA OSPEDALIERA

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

DICHIARA PER L'ANNO 2025
ai sensi **dell'art. 14 comma 1 lett. d)** del D.lgs. n. 33/2013, i seguenti dati relativi all'assunzione di altre cariche presso enti pubblici o privati e relativi compensi:

X **di non avere altre cariche** presso enti pubblici o privati

oppure

☐ **di avere le seguenti cariche:**

Incarichi o titolarità di cariche in Enti di diritto pubblico o privato	**Denominazione Ente pubblico o privato**	**Periodo**	**Compenso**

Ai sensi **dell'art. 14 c. 1 lett e) del D.Lgs. n. 33/2013** dichiara gli altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica:

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata e dichiara di essere consapevole che la presente autodichiarazione verrà pubblicata sul sito internet dell'Azienda alla sezione Amministrazione Trasparente, come prescritto dal D.lgs. n. 33/2013.

16/10/26
(luogo e data)

Adriana Iaquinta
(Il dichiarante)

Si allega copia di documento d'identità in corso di validità del dichiarante (solo nei casi di firma olografa).

ADRIANA IAQUINTA
16.10.2026 17:44:22
GMT+02:00