ATS LIGURIA
AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Asl5
AREA SOCIOSANITARIA LOCALE 5

MODULO N. 1 BIS

DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ RISPETTO ALL'ASSUNZIONE O AL CONFERIMENTO DI INCARICO DIRIGENZIALE RESA AI SENSI DELL'ART. 20 D. Lgs. n. 39 DEL 08/04/2013 e Delibere ANAC n. 1146/2019 e n. 833/2016

(da rendere da parte di: DIRIGENTI del ruolo PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO all'atto dell'assunzione/del conferimento dell'incarico o in caso di variazione dell'incarico precedentemente conferito e, relativamente all'incompatibilità, anche mediante aggiornamento con cadenza ANNUALE)

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

Il/La sottoscritto/a.....MARIA ALESSANDRA MASSEI.....
nato/a a .. ..il..... .. ..
ai fini dell'assunzione o del conferimento dell'incarico .RESPONSABILE AMMINISTRATIVO

- *consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445;*
- *consapevole delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D. Lgs 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci;*
- *consapevole dell'obbligo di pubblicazione della presente dichiarazione sul sito web istituzionale in applicazione dell'art. 20 c. 3 del D. Lgs 39/2013*

presa visione del D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013,

DICHIARA
(solo una volta all'assunzione/atto del conferimento dell'incarico)

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità previste dal D. Lgs 8 aprile 2013, n. 39;
- di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e, in particolare, che i dati forniti con la compilazione del presente modulo, suoi allegati e nella eventuale documentazione che regola l'incarico assunto in epigrafe saranno trattati nel rispetto del GDPR ai soli fini dell'acquisizione e gestione delle *"DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ RISPETTO AL CONFERIMENTO DI INCARICO DIRIGENZIALE RESA AI SENSI DELL'ART. 20 D. Lgs. n. 39 DEL 08/04/2013 e Delibere ANAC n. 1146/2019 e n. 833/2016"* nonché delle attività ad esse connesse, ivi compresa la pubblicazione nei limiti, con le modalità e per il periodo stabiliti dalla disciplina di settore.

  Il conferimento dei dati è necessario ai sensi della normativa vigente.

I dati personali degli interessati saranno trattati per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il titolare (art. 6, par. 1, lett. c), del GDPR). Il procedimento potrebbe eventualmente comportare il trattamento di dati personali relativi a condanne penali e reati di cui all'art. 10 del GDPR, che verranno trattati in ragione dell'art. 2-*octies* del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria), in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Piazza della Vittoria n. 15 - 16121 Genova (GE), contattabile ai seguenti indirizzi protocollo@pec.atsliguria.it - protocollo@atsliguria.it .
Il Responsabile Protezione Dati è domiciliato per la funzione presso i medesimi Uffici e contattabile all'indirizzo rpd@alisa.liguria.it.
Scrivendo al Titolare ovvero al Responsabile della Protezione Dati ai menzionati indirizzi, gli interessati potranno in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, per quanto compatibili con le finalità per cui i dati personali sono raccolti. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).
Il/la sottoscritto/a 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.

16/10/2026
(luogo e data)

(Il dichiarante)

DICHIARA
(con cadenza annuale)
per l'anno 2026 di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal D. Lgs 8 aprile 2013, n. 39.

16/10/2026
(luogo e data)

(Il dichiarante)

ATS LIGURIA
AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Asl5
AREA SOCIOSANITARIA LOCALE 5

ALLEGATO ALLA DICHIARAZIONE SULLA INCONFERIBILITÀ
ELENCAZIONE DI TUTTI GLI INCARICHI RICOPERTI E DELLE EVENTUALI CONDANNE
(Del. ANAC n. 833/2016)

Il/La sottoscritto/a MARIA ALESSANDRA MASSEI
nato/a a.... ..... il... .....

- *consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445;*
- *consapevole delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D. Lgs 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci;*
- *consapevole dell'obbligo di pubblicazione della presente dichiarazione sul sito web istituzionale in applicazione dell'art. 20 c. 3 del D. Lgs 39/2013;*

presa visione del D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013,

Ai fini dell'accertamento di quanto dichiarato, attesto quanto segue:
di aver ricoperto nell'ultimo biennio i seguenti incarichi:

1. (1) DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL 5
2. (2) DIRIGENTE AMM.VO - INCARICO PROFESSIONALE
3. "COORDINAMENTO PROCESSI AMM.VI SC. ORGANIZZ
4. RISORSE UMANE ATS LIGURIA - AREA LIGURIA
5. SALUTE - REFERENTE AMM.VO AREA 5 -

di aver riportato le seguenti condanne - anche derivanti da sentenze non passate in giudicato - per reati previsti dal Capo I, Titolo II, Libro secondo del codice penale:

- NESSUNA
-

Dichiaro 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.

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

SP, 16/12/2026
(luogo e data)

(Il dichiarante)