

Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 - Fax 0558451414 - e-mail: [sds.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.mugello@uslcentro.toscana.it)  
posta elettronica certificata: [sdsmugello@legalmail.it](mailto:sdsmugello@legalmail.it)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e smi)

Il sottoscritto ROSSELLA BOLDRINI residente a .....

..... in qualità di Sindaco/Assessore Direttore Servizi Sociali  
delegato alla partecipazione nell'Assemblea/Giunta Esecutiva della Società della Salute del Mugello

ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità e piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000;

### DICHIARA

- di aver rilasciato al Comune di ASL T CENTRO .....dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per cause esimenti l'ineleggibilità e l' inconfiribilità in caso di condanna per reati contro la Pubblica Amministrazione ai sensi sia del D. Lvo n. 267/2000 sia del D. Lvo n. 39/2013;
- che alla data odierna non si trova in alcuna delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste nel D.Lvo n. 39/2013 stesso ed elenca gli incarichi retribuiti e non retribuiti svolti come sotto riportato;
- si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva;
- di essere informato, con riferimento alle disposizioni previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR General Data Protection Regulation) e dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali forniti sono oggetto di trattamento informatico e/o cartaceo e potranno essere utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli adempimenti derivanti dal leggi e/o regolamenti nazionali o comunitari.

Allega copia di documento di identità valido.

Borgo San Lorenzo .....

FIRMA .....

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO  
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI  
Il Direttore  
Dott.ssa Rossella B.

Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 - Fax 0558451414 - e-mail: [sds.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.mugello@uslcentro.toscana.it)  
posta elettronica certificata: [sdsmugello@legalmail.it](mailto:sdsmugello@legalmail.it)

ELENCO DEGLI INCARICHI

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Retribuito/Non retribuito

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Retribuito/Non retribuito

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Retribuito/Non retribuito

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Retribuito/Non retribuito

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Retribuito/Non retribuito

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Retribuito/Non retribuito

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Retribuito/Non retribuito

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Incarico \_\_\_\_\_ Ente/Società \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_