

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
IN MERITO AI DATI RELATIVI ALL'ASSUNZIONE DI ALTRE CARICHE PRESSO ENTI  
PUBBLICI O PRIVATI E RELATIVI COMPENSI A QUALSIASI TITOLO CORRISPOSTI -  
ALTRI EVENTUALI INCARICHI CON ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA E  
INDICAZIONE DEI COMPENSI SPETTANTI, DI CUI ALL'ART.14, COMMA 1, LETTERA D) E  
LETTERA E) DEL D.LGS N.33/2013**

*(art. 47, D.p.r. n. 445/2000)*

Il/La sottoscritto/a Angelo Llane Sclavato nato/a il 25.05.1967 Direttore/Dirigente  
Pianificazione strategica budget, controllo di  
della UOC/UOSD/UOS gestione supporti IV dell' Azienda Complesso Ospedaliero  
e controllo interno  
San Giovanni – Addolorata;

consapevole delle sanzioni prescritte dal Codice penale per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e di formazione od uso di atti falsi, come richiamate dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47, D.p.r. n. 445 del 28.12.2000, ai fini dell'adempimento di cui all'art.14 del D.Lgs n.33/2013 e smi :

di non ricoprire **cariche** presso enti pubblici e privati;

di non ricoprire altri **incarichi** con oneri a carico della finanza pubblica;

di ricoprire le seguenti **cariche** presso enti pubblici e privati e di percepire i seguenti compensi a qualsiasi titolo corrisposti

| Tipologia della carica | Ente pubblico o Privato di appartenenza | Ammontare del compenso | Data di inizio | Data di cessazione |
|------------------------|---|------------------------|----------------|--------------------|
|                        |   |                        |                |                    |
|                        |   |                        |                |                    |

di ricoprire i seguenti **incarichi** con oneri a carico della finanza pubblica e percepire i seguenti compensi

| Tipologia dell'incarico | Soggetto conferente | Ammontare del compenso | Data di inizio | Data di cessazione |
|-------------------------|---------------------|------------------------|----------------|--------------------|
|                         |                     |                        |                |                    |
|                         |                     |                        |                |                    |

- di essere a conoscenza che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, nella sezione Amministrazione Trasparente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, al RPCT, ogni eventuale modificazione relativa alla presente dichiarazione;
- di affermare che la presente dichiarazione corrisponde al vero;

Roma, 15.12.2016

Dott.

