



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AOOAUSLPR
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0045690
DATA: 11/07/2022
OGGETTO: Nomina a Sub Commissario Sanitario dell'Azienda USL di Parma - Dichiarazione

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Pietro Pellegrini

CLASSIFICAZIONI:

- [01-02-01]

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0045690_2022_Lettera_firmata.pdf:	Pellegrini Pietro	515EE368599B02BB4669E495C72DFE4E6 E7311017DCA874054A5B80E5F16CA2A



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma**

Direzione Sanitaria

**Il Sub Commissario Sanitario
Dr. Pietro Pellegrini**

Al Commissario Straordinario
dell'Azienda USL di Parma
Strada del Quartiere, 2 Parma

OGGETTO: Nomina a Sub Commissario Sanitario dell'Azienda USL di Parma - Dichiarazione

Io sottoscritto Pietro Pellegrini nato a Trecasali il 02.11.1955, dichiaro la disponibilità temporanea e transitoria all'assunzione delle funzioni di Sub Commissario Sanitario dell'Azienda USL di Parma mantenendo l'incarico di direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Azienda Ausl di Parma.

Con la presente

DICHIARO

- di possedere i requisiti professionali prescritti per la nomina a Sub Commissario per le funzioni di direzione sanitaria di cui all'art. 3, comma 7, del D.Lgs. n. 502/1992 e di cui al DPR 484/1997;
- l'insussistenza delle condizioni ostative alla nomina di cui all'art.3, comma 11, D.Lgs. 502/92;
- di non essere in alcuna delle situazioni di inconferibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013;
- di non essere in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013.
- di mantenere il rapporto di lavoro e l'incarico di direttore di Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze come da delibera Ausl di Parma n.48 del 29 gennaio 2021.

Dichiaro altresì di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art. 20 del citato D.Lgs. n. 39/2013:

- viene pubblicata nel sito dell'Azienda;
- (limitatamente alle situazioni di incompatibilità) deve essere presentata annualmente.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire.

Direzione Sanitaria

Strada del Quartiere 2/a- 43125 Parma
T. + 39.0521 393509
direzionesanitaria@ausl.pr.it – www.ausl.pr.it
PEC AUSLdiPARMA@pec.ausl.pr.it

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI PARMA

Sede legale: Strada del Quartiere n. 2/A 43125 Parma
Tel: +39 0521.393111 - Fax: +39 0521.282393
Codice Fiscale e Partita IVA: 01874230343



Nel ringraziarLa sentitamente per la stima e fiducia accordatami, porgo distinti saluti.

Firmato digitalmente da:

Pietro Pellegrini
(Sub Commissario Sanitario)

Responsabile procedimento:
Paola Casamia

Direzione Sanitaria

Strada del Quartiere 2/a- 43125 Parma
T. + 39.0521 393509
direzionesanitaria@ausl.pr.it – www.ausl.pr.it
PEC AUSLdiPARMA@pec.ausl.pr.it

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI PARMA

Sede legale: Strada del Quartiere n. 2/A 43125 Parma
Tel: +39 0521.393111 - Fax: +39 0521.282393
Codice Fiscale e Partita IVA: 01874230343