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

FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AOOAUSLPR

REGISTRO: Protocollo generale

NUMERO: 0081011

DATA: 30/11/2023

OGGETTO: Nomina a Sub Commissario Sanitario dell'Azienda USL di Parma - Dichiarazione di inconferibilità e incompatibilità 2024

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Pietro Pellegrini

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-04]

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0081011_2023_Lettera_firmata.pdf:	Pellegrini Pietro	703B8E91B8BC9464058AE91C07A8970D2 19B467D570877597E023B9F9594304E

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 f.f.
Dr. Pietro Pellegrini

Dott. Massimo Fabi
Commissario Straordinario
Azienda USL di Parma

OGGETTO: Nomina a Sub Commissario Sanitario dell'Azienda USL di Parma - Dichiarazione di inconferibilità e incompatibilità 2024

Io sottoscritto Pietro Pellegrini nato a Trecasali (PR) il 02.11.1955, con la presente

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 Usl di Parma
- 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.

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.

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

Firmato digitalmente da:

Pietro Pellegrini
(Sub Commissario Sanitario f.f.)

Responsabile procedimento:
Vincenzo Falzone

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