

DICHIARAZIONI poste a carico dei **TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI** a qualsiasi titolo conferiti (art.14, c.1bis, d.lgs. n. 33/2013) e dei **TITOLARI di POSIZIONI ORGANIZZATIVE** cui sono affidate **deleghe dirigenziali** (art. 14, c.1quinquies, d.lgs. n. 33/2013)

Il/La sottoscritto/a CLAUDIO D'AMARIO titolare dell'incarico di DI RETTORE
del(Struttura) DIPARTIMENTO SANITA'

conferito con D.G.R. u. 867/2019, in data 27.12.2019 con decreto 01.05.2020

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, nonché delle ulteriori conseguenze previste dalle leggi speciali vigenti in materia, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese,

DICHIARA

- 1) ai sensi **dell'art. 14, c. 1, lett. d)** del d.lgs. 33/2013, **di essere titolare delle seguenti cariche presso enti pubblici o privati e di percepire i relativi compensi come di seguito indicato:**

| Soggetto conferente | Carica | Data inizio | Durata | Compenso Spettante (1) | Compenso Corrisposto (2) |
|---------------------|------------|-------------|--------|------------------------|--------------------------|
| ISZ | COMPONENTE | | 4 anni | 48.000,00 | 0 |
| LAZIO-TOSCANA | CDA | 26/11/2020 | | CIRCA | |
| | | | | | |

- 2) ai sensi **dell'art. 14, c. 1, lett. e)** del d.lgs. 33/2013, **di essere titolare di altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica, come di seguito indicato:**

| Soggetto conferente | Incarico | Data inizio | Durata | Compenso Spettante (1) | Compenso Corrisposto (2) |
|---------------------|----------|-------------|--------|------------------------|--------------------------|
| / | / | / | / | / | / |
| | | | | | |

- 3) ai sensi **dell'art. 14, c. 1ter** del d.lgs. 33/2013, **che l'ammontare complessivo lordo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica nell'anno precedente a quello in corso, ~~ulteriori rispetto a quelli corrisposti dalla Regione per l'incarico rivestito,~~ è stato di:** CORRISPONTO DAL MINISTERO DELLA SANITA', QUOTE TRATTAMENTO STIPENDIALE CORRELATO ALL' INCARICO
€ /// (**barrare il campo in caso negativo**) DI DIRETTORE DELLA DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE.

Si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi eventuale variazione del contenuto della presente dichiarazione.
Alla dichiarazione, qualora non firmata digitalmente, viene allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Trattamento dati personali:

Il/La Sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni di cui all'art.13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Data 16.12.2020

Firma del dichiarante

- 1 Inserire il compenso spettante per tutta la durata dell'incarico.
2 Inserire il compenso complessivamente già percepito.

