



## FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: DA  
REGISTRO: Protocollo generale  
NUMERO: 0001364  
DATA: 06/02/2018  
OGGETTO: Riscontro IOR\_adempimenti D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Mario Cavalli

CLASSIFICAZIONI:

- [06-02]

DOCUMENTI:

File

PG0001364\_2018\_Lettera\_firmata:

PG0001364\_2018\_Allegato1:

Hash

DC9643F560A48BEDA0981BF3AF7941030F6D11A58CDEAAA2  
E8E0D840CD248BB3

F5A6DF7B58CD8D58A37C1E9C7E44529F46987841EA62145C9  
F2DD094EDBEC8AE



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**  
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Direzione Generale

Cortese Attenzione

Dr.ssa Marzia Cavazza  
Direttore Servizio Amministrativo del  
SSR Sociale e Socio-Sanitario  
RER

Direzione Generale

OGGETTO: Riscontro IOR\_adempimenti D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39

Il relazione alla richiesta PG 68491 dell'1 febbraio 2018, relativa agli adempimenti del D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39, si trasmette la dichiarazione debitamente compilata e firmata digitalmente all'interno del file in formato pdf.

Cordiali saluti

Il Direttore Generale  
Dott. Mario Cavalli

Firmato digitalmente da:  
Mario Cavalli

Responsabile procedimento:  
Maria Carla Bologna

**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**  
Istituto Ortopedico Rizzoli  
Via di Barbiano n. 1/10 – 40136 Bologna  
Tel. 051-6366729  
E-mail: [direzione.amministrativa@ior.it](mailto:direzione.amministrativa@ior.it)  
PEC: [direzione.amministrativa@pec.ior.it](mailto:direzione.amministrativa@pec.ior.it)

**Istituto Ortopedico Rizzoli**  
**Sede legale** Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna  
**Ospedale** Via G. C. Pupilli, 1 - 40136 Bologna  
**Centro di Ricerca** Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna  
Tel. 051/6366111 - Fax 051/580453 [www.ior.it](http://www.ior.it)  
Codice Fiscale e Partita IVA 00302030374

**MODULO DA UTILIZZARE PER DICHIARAZIONE ANNUALE- DIRETTORE GENERALE NELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI**

(DA PUBBLICARE SUL SITO WEB ISTITUZIONALE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA)

**COMUNICAZIONE ANNUALE OBBLIGATORIA SULLA ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' (Art. 20 comma 2 del D.Lgs. 39/2013).**

Io sottoscritto/a MARCO CAVALLI, nato/a a BOLOGNA il 25/08/1955  
nominato/a direttore della AUSL denominata ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI IRCCS

valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e **consapevole** delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013, **sotto la mia personale responsabilità** ai fini di quanto previsto dall'art. 20, comma 2, del D.Lgs. 39/2013 recante "*Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n.190*"

**DICHIARO**

di non essere titolare di incarichi o cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo (**art. 10, comma 1, lett. a, del D.Lgs. n. 39/2013**);

di non svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo (**art. 10, comma 1, lett. b, del D.Lgs. n. 39/2013**);

che il mio coniuge, o un parente o un affine entro il secondo grado non si trova in una delle situazioni indicate alle precedenti lettere a) e b) (**art. 10, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013**);

di non essere titolare di una delle seguenti cariche (**art. 14 del D.Lgs. n. 39/2013**):

- Parlamentare, Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Viceministro, Sottosegretario di Stato, Commissario straordinario del Governo di cui all'art. 11 della L. 23.8.1988, n. 400, Amministratore di ente pubblico o di Ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale;

- componente della Giunta regionale o dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna o Amministratore di Ente pubblico o di Ente di diritto privato, in controllo pubblico della Regione Emilia-Romagna, che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo;

- componente di una Giunta o di un Consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti (o associazione tra comuni che raggiungano assieme la medesima popolazione) del territorio emiliano-romagnolo;

- Presidente o Amministratore delegato di Enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione, nonché di Province, Comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti i (o associazione tra comuni che raggiungano assieme la medesima popolazione) del territorio emiliano-romagnolo.

**Dichiaro inoltre di essere consapevole che:**

- l'acquisizione, nel corso dell'incarico di direttore generale di AUSL, di uno degli incarichi o cariche indicati nelle lettere da a) a d) è incompatibile con il mantenimento dell'incarico medesimo;
- per tutta la durata dell'incarico, deve essere presentata annualmente alla Regione Emilia-Romagna una dichiarazione sulla persistente assenza di cause di incompatibilità,
- la presente dichiarazione deve essere pubblicata sul sito istituzionale della Regione Emilia-Romagna (art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013).

Data 06-02-2018

Nome e Cognome del dichiarante RAFFAELLO CAVALLI

Firma (in forma digitale se possibile) "Firmato digitalmente"

**N.B: SE FIRMATO IN FORMA DIGITALE INSERIRE, DOPO IL NOME E COGNOME, NELLO SPAZIO DELLA FIRMA, LA DICITURA "FIRMATO DIGITALMENTE"**

Spazio riservato all'ufficio ricevente, da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità in corso di validità

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

\_\_\_\_\_ Il dipendente addetto (timbro e firma)\*

*il dipendente addetto è individuato e incaricato dal direttore generale della struttura competente, preferibilmente tra i collaboratori assegnati alla sua segreteria.*