

VALMONTONE HOSPITAL SpA

Gestione sperimentale pubblico-privata del Presidio Ospedaliero di Valmontone – Delibera G.R.Lazio n.357/2005

Via dei Lecci, snc-Valmontone tel. 06.951951 – fax 069519582

E-mail: amministrazione@valmontonehospital.it

DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'ASSUNZIONE DI ALTRE CARICHE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI E DI ALTRI EVENTUALI INCARICHI CON ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ EX ART. 47 DPR 445/2000 E SMI)

Il sottoscritto

Cognome e nome	BASILICO FRANCESCA
Luogo e data di nascita	NAPOLI, 25/06/1957
Stato civile	CONIUGATA
Comune di residenza	ROMA
Carica ricoperta in Valmontone Hospital	C.D.A.
Data nomina	X

Consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative alle dichiarazioni false e mendaci, di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e smi e degli artt. 495 e 496 c.p., ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 14 comma 1, lett d) e lett e) del DLgs 33/2013,

DICHIARA

☐ Di non ricoprire altre cariche presso enti pubblici o privati e di non svolgere altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica;

☒ Di ricoprire le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, ovvero di svolgere i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica;

Tipologia carica/incarico	Ente	Durata	Compenso
MEMBRO COMMISSIONE	FONDAZ. CAMILO	X	14.308,00 (C.V. 2017)
C.D.A.	UNIV. di BRESCIA	X	305,00 (C.V. 2017)

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Valmontone Hospital ogni eventuale modifica relativa ai contenuti della presente dichiarazione.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma



VALMONTONE HOSPITAL SpA

Gestione sperimentale pubblico-privata del Presidio Ospedaliero di Valmontone – Delibera G.R.Lazio n.357/2005

Via dei Lecci, snc-Valmontone tel. 06.951951 – fax 069519582

E-mail: amministrazione@valmontonehospital.it

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' (art. 20 del Decreto legislativo 8 aprile 2013, n.39)

FRANCESCA BASILICO

Il sottoscritto, in relazione al conferimento dell'incarico di C.D.A. del Valmontone Hospital Spa, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s. m. i.,

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono situazioni di inconferibilità di cui al d.lgs. 39/2013 (artt. da 3 a 8) e di essere a conoscenza delle conseguenze circa il mandato rispetto delle norme di legge;
che nei confronti del sottoscritto, alla data della presente dichiarazione, non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità di cui al d.lgs 39/2013 (artt. da 9 a 14) e di essere a conoscenza delle eventuali conseguenze in caso contrario;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/2003 e s.m. e i., che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa;

di essere informato che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale della Società, ai sensi dell'art. 20, c. 3 del d.lgs 39/2013 e del d.lgs 33/2013 e s.m.i.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Valmontone Hospital Spa ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione e si impegna, altresì, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del d.lgs 39/2013, all'adempimento dell'obbligo di annuale aggiornamento stabilito dalla normativa in premessa.

Data 02/01/2018

VALMONTONE HOSPITAL SpA

Gestione sperimentale pubblico-privata del Presidio Ospedaliero di Valmontone – Delibera G.R.Lazio n.357/2005

Via dei Lecci, snc-Valmontone tel. 06.951951 – fax 069519582

E-mail: amministrazione@valmontonehospital.it

DICHIARAZIONE DI NEGATO CONSENSO PER IL CONIUGE NON SEPARATO E/O I PARENTI ENTRO IL SECONDO GRADO ALLA PUBBLICAZIONE DI DATI

Ai sensi dell'art. 14 D.Lgs 33/2013 e smi

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 DPR 445/2000 e smi)

Il sottoscritto

Cognome e nome	FRANCESCA BASILICO
Luogo e data di nascita	NAPOLI 25/06/1957
Stato civile	CONIUGATA
Comune di residenza	ROMA
Carica ricoperta in Valmontone Hospital	C.D.A.
Data nomina	x

Consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative alle dichiarazioni false e mendaci, di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e smi e degli artt. 495 e 496 c.p., ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 14 comma 1, lett d) e lett e) del DLgs 33/2013,

DICHIARA

Che il coniuge e i parenti entro il secondo grado non hanno consentito, com'è loro facoltà. Alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali previsti dall'art 14 del D.Lgs n. 33/2013 e smi.
Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma



VALMONTONE HOSPITAL SpA

Gestione sperimentale pubblico-privata del Presidio Ospedaliero di Valmontone – Delibera G.R.Lazio n.357/2005

Via dei Lecci, snc-Valmontone tel. 06.951951 – fax 069519582

E-mail: amministrazione@valmontonehospital.it

PARTECIPAZIONI SOCIETARIE

N. Ord.	Nome Società	Quota nominale	Quota di partecipazione	Annotazioni

PARTECIPAZIONI AZIONARIE

N. Ord.	Nome Società	Numero azioni	Valore nominale	Annotazioni

BENI MOBILI REGISTRATI - AUTOVETTURE

N. Ord.	Natura del diritto	Cavalli Fiscali	Tipo	Targa	Annotazioni
1	proprietà	*52KW FISC	SHANT FORTWO	*EG 839FR	immatric. 2011

ALTRI BENI MOBILI REGISTRATI - AUTOVETTURE

N. Ord.	Natura del diritto	Descrizione	Elementi di riconoscimento	Annotazioni

VALMONTONE HOSPITAL SpA

Gestione sperimentale pubblico-privata del Presidio Ospedaliero di Valmontone – Delibera G.R.Lazio n.357/2005

Via dei Lecci, snc-Valmontone tel. 06.951951 – fax 069519582

E-mail: amministrazione@valmontonehospital.it

DICHIARO INOLTRE

- Di esercitare funzioni di amministratore o di sindaco presso le seguenti società:

N. Ord.	Società	Funzione svolta	Annotazioni/Compensi
1	FONDAZIONE CALIPLO	MEMBRO DELLA COMMISSIONE	14.308,00 (C.U. 2017)

- Di essere titolare dei seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica:

N. Ord.	Ente presso cui si è titolare di incarico con oneri a carico della finanza pubblica	Funzione svolta	Annotazioni/Compensi
1	UNIVERSITA' DI BRESCIA	C.D.A.	305,00 (C.U. 2017)

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.

Allego alla presente copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche.

Per quanto riguarda la situazione patrimoniale del coniuge non separato e dei parenti entro il secondo grado:

☒ Dichiaro che gli stessi non hanno dato il loro consenso oppure

- Allego le dichiarazioni rese da.....

Nonché copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche dagli stessi presentata.

N.B depennare la parte non pertinente

Data

Firma

Anna Bile