

**DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE  
DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. 8 APRILE 2013,  
n. 39 E S.M.I.**

**(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)**

Il sottoscritto **Rossi Alessandro**

Nato a Siena (SI) , il 18/01/1953

Residente in Verona, Via Ortigara, 16,

consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 75 D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- O che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (artt. da 3 ad 8 del citato D. Lgs.) nè incompatibilità (artt. da 9 a 14 del citato D. Lgs.) ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. per il conferimento dell'incarico presso la Clinica di Riabilitazione Toscana Spa
  
- O che nei propri confronti sussistono la/le seguente/i cause di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 (artt. da 3 ad 8) e s.m.i. per il conferimento dell'incarico presso la Clinica di Riabilitazione Toscana Spa
  
- O essere stato condannato per uno dei reati di cui all'art. 3, comma 1 della L. n. 97/2001 e s.m.i. ovvero per altri reati previsti dal capo I, del Titolo II del libro II del Codice penale con l'applicazione della pena accessoria dell'interdizione perpetua/temporanea per anni \_\_\_\_\_ o con la cessazione del rapporto di lavoro a seguito di procedimento disciplinare/ del rapporto

di lavoro autonomo (barrare la tipologia di pena accessoria applicata o la tipologia di cessazione del rapporto di lavoro corrispondente)

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D. LGS. N. 39/2013 E S.M.I.

- che nei propri confronti sussistono la/le seguente/i cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. (artt. da 9 a 14) per il conferimento dell'incarico presso la Clinica di Riabilitazione Toscana Spa

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D. LGS. N. 39/2013 E S.M.I.

e di impegnarsi a rimuoverla/e ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 19 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i.;

O di non incorrere nei divieti di cui al combinato disposto dagli artt. 21 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. e 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;

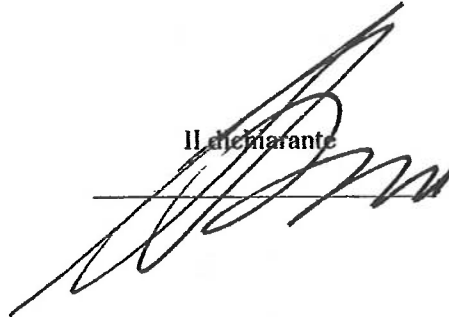
O di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito aziendale della Clinica di Riabilitazione Toscana Spa

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il sottoscritto/a autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i..

Montevarchi,

26/04/23

Il dichiarante



N.B.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. 11. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto alla sua ricezione ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE  
Ex Dlgs. n. 231/01

**All'Organismo di Vigilanza  
Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a.**

*Premesso che:*

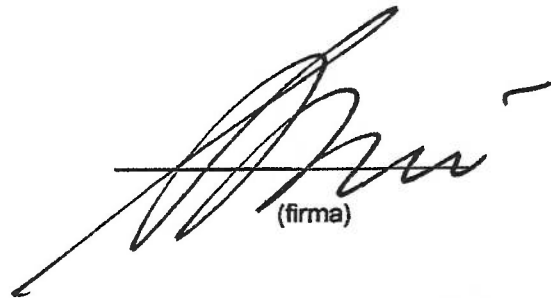
-Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a. ha adottato il proprio modello organizzativo ai sensi del Dlgs. n. 231/01, contenente Codice Etico comportamentale;

Il sottoscritto si impegna a:

- non porre in essere azioni in contrasto con il Codice Etico;
- evitare situazioni tali da configurare un conflitto di interessi nell'ambito dei rapporti intrattenuti con rappresentanti delle Pubbliche Amministrazioni, italiane o estere, e nel caso in cui questo avvenga, informare tempestivamente l'Organismo di Vigilanza;
- rispettare i poteri di delega ed i limiti di firma stabiliti dalle procedure aziendali;
- rispettare gli obblighi di informativa all'Organismo di Vigilanza;
- rispettare le procedure e i protocolli adottati dalla Società;

Montevarchi,

26/04/23

  
(firma)

Io sottoscritto Rossi Alessandro

nato a Siena il 18/01/1953

residente a Siena in Via Alcide De Gasperi, 1

in qualità di Consigliere di amministrazione di Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**dichiaro**

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 14 del D.Lgs. 33/2013

di NON ricoprire altre cariche, presso enti pubblici o privati<sup>1</sup>;

ovvero

di ricoprire le seguenti altre cariche, presso altri enti pubblici o privati, e di percepire i seguenti compensi a qualsiasi titolo corrisposti:

*(Indicare la carica ricoperta, l'ente pubblico o privato di appartenenza, il compenso annuo percepito)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

di NON ricoprire altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica<sup>2</sup>;

ovvero

di ricoprire i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e di percepire i seguenti compensi spettanti:

*(Indicare l'incarico rivestito e il compenso annuo percepito)*

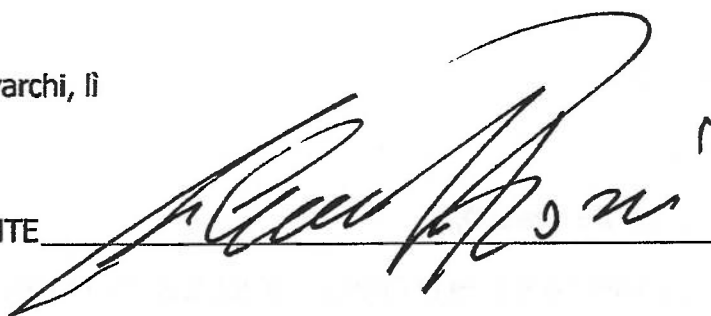
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

<sup>1</sup> Riferimento di legge art. 14 comma 1, lett. d)

<sup>2</sup> Riferimento di legge at. 14 comma 1, lett. e)

Luogo Montevarchi, li

IL DICHIARANTE



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alberto Pini", is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

**DICHIARAZIONI REDDITUALI E PATRIMONIALI  
AI SENSI DELL'ART. 14, COMMA 1 LETT. F) Dlgs. n. 33/2013**

Nome	Cognome	Atto e data di nomina
ALESSANDRO	ROSSI	

**DICHIARA**

**A) BENI IMMOBILI (TERRENI O FABBRICATI):**

Tipologia*	Comune ubicazione	Titolo**	Quota titolarità

\*Specificare se trattasi di terreno o fabbricato

\*\*Specificare se trattasi di proprietà, comproprietà, superficie, enfiteusi, usufrutto, uso, abitazione, servitù, ipoteca.

**B) BENI MOBILI REGISTRATI**

Autovetture	Altri mezzi	Anno	Annotazioni

**C) STRUMENTI FINANZIARI, QUOTE DI PARTECIPAZIONE, AZIONI**

Denominazione Società	Entità in valore assoluto e percentuale posseduta	Anno	Annotazioni



**D) QUOTE DI FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO**

Denominazione Fondo	Entità in valore assoluto	Anno	Annotazioni

**E) CARICHE DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI SOCIETA' / TITOLARITA' DI IMPRESE INDIVIDUALI**

Tipo di carica	Denominazione Società	Anno	Attività economica svolta

Montevarchi,



(firma)