AL SERVIZIO POLITICHE SANITARIE E PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO'
DI INSUSSISTENZA DELLE FATTISPECIE DI INCOMPATIBILITA' EX D.LGS. 39/2013

Io sottoscritto /a _____Monica Filagrana_____

con riferimento all'attribuzione dell'incarico di **consigliere** presso l'APSP _____ "CESARE BENEDETTI" DI MORI_____,

ricevuto in data _____28/03/2025_____, con effetto dal __14/04/2025 al 15/10/2028___,

sotto la mia responsabilità, consapevole della sanzione dell'inconferibilità di incarichi per cinque anni in caso di dichiarazione mendace (art. 20, co. 5, d.lgs. 39/2013), nonché, ai sensi dell'art. 47 del d.P.R. 445/00, delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ed infine della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARO

☒ di non trovarmi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*";

☒ che non sono intervenute modifiche nelle cariche o incarichi o alla situazione penale successivamente alla compilazione delle dichiarazioni dell'anno precedente (in caso contrario si compilino tabelle sotto riportate con le informazioni richieste);

☒ di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicazione tempestiva in ordine all'insorgere di una delle cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo 39/2013.

Luogo e data

__Mori 23/10/2025_____

DICHIARO INOLTRE

(sezione da compilarsi unicamente se sono intervenute modifiche successivamente alle dichiarazioni presentate nell'anno precedente)

☒ di avere ricevuto i seguenti incarichi e rivestito le seguenti cariche:

DENOMINAZIONE DELLA CARICA O DELL'INCARICO O DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA IN PROPRIO[1]	DATA DI CONFERIMENTO	DATA DI CESSAZIONE	DENOMINAZIONE E NATURA GIURIDICA DELL'ENTE presso il quale è prestata la carica o l'incarico, o al quale è prestata l'attività professionale	ORGANO CHE HA CONFERITO L'INCARICO[2]	NOTE EVENTUALI[3]
PRESIDENTE COMMISSIONE ALBO.	30/10/2024	30/10/28.	OPI TRENTO		

☐ di avere ricevuto le seguenti condanne penali (anche a seguito di patteggiamento) per reati contro la pubblica amministrazione (capo I, titolo II, libro II c.p.):

SPECIFICARE IL REATO	DATA DEL PROVVEDIMENTO	DURATA PENA ACCESSORIA DELL'INTERDIZIONE DAI PUBBLICI UFFICI	EVENTUALE CONSEGUENTE CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE O AUTONOMO	NOTE EVENTUALI

Luogo e data

Mori 23/10/2025

FIRMA DEL DICHIARANTE

Eleonora Albasini

La presente dichiarazione è sottoscritta

☐ con firma digitale,

oppure, ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è:

☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

_____

(indicare in stampatello il nome del dipendente)

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

---

1 Specificare la titolarità di deleghe in caso di incarico di presidente o amministratore di ente di diritto privato.

2 Indicare "carica elettiva" in caso di cariche politiche elettive.

3 Specificare, in caso di incarico presso enti di diritto privato, se sussiste un rapporto di regolazione dell'attività principale (anche in termini di concessione e autorizzazione) o finanziamento (tramite partecipazione minoritaria o rapporto convenzionale, quale contratto pubblico, contratto di servizio pubblico o di concessione di bene pubblico) tra Provincia ed ente medesimo. Specificare in caso di attività professionale in proprio, se detta attività è regolata, finanziata o comunque retribuita dalla Provincia.

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679

- il trattamento è effettuato sulla base dell'art. 20, comma 1, del D.lgs. n. 39/2013; pertanto, i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse al conferimento dell'incarico sopra specificato;

- il trattamento sarà effettuato con modalità cartacea e/o informatica;

- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura; pertanto, il mancato conferimento provocherebbe l'arresto della procedura, integrando una violazione di legge;

- il Titolare del trattamento è la Provincia autonoma di Trento, piazza Dante, n. 15, *e-mail* direzionegenerale@provincia.tn.it, *pec* segret.generale@pec.provincia.tn.it, *tel* 0461.494602, *fax* 0461.494603;

- preposto al trattamento è il Dirigente *pro tempore* del Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza (*e-mail* serv.politsanitarie@provincia.tn.it, *pec* serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it, *tel* 0461.494165, *fax* 0461.494109), che è altresì il responsabile per il riscontro all'interessato;

- i dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (*c.d.* Data Protection Officer) sono i seguenti: *e-mail* idprivacy@provincia.tn.it, *tel* 0461.491257/494449, *fax* 0461/ 499277;

- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del Titolare del trattamento i diritti di cui al Capo III del Regolamento UE 2016/679, ovvero il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica, l'integrazione, o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento dei dati, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento;

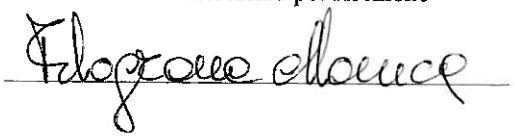
- i dati saranno conservati nei tempi e con le modalità indicate nel "massimario di scarto";

- qualora venga riscontrata una violazione del Regolamento UE 2016/679, è possibile proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del Regolamento.

Luogo e data

Mori 23/10/2025

Firma dell'interessato per ricezione




REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
MORI
FILAGRANA
MONICA
ROVERETO (TN) 01.05.1964
F
10.05.2021
ITA
01.05.2032
CA03491IU
599371


FATHER AND MOTHER'S-TUTOR'S NAME
CODICE FISCALE
FISCAL CODE
FLGMNC64E61H612D
ESTREMI ATTO DI NASCITA
422 p 1 sA-1964 022161
INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
LARGO VILLANUOVA, N. 11 MORI (TN)
C<ITACA03491IU7<<<<<<<<<<<<<<<
6405010F3205013ITA<<<<<<<<<<<8
FILAGRANA<<MONICA<<<<<<<<<<<<<