

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ GAGLIARDI BRUNA  
(COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

In qualità di:  Dirigente di Struttura Complessa /  **Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale** /  Dirigente Struttura Semplice /  Dirigente con Incarico Professionale /  Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)



Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: \_UOSD SICUREZZA ALIMENTARE\_

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (**barrare se non ha ricoperto cariche**):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
Comune di Lauria	vicesindaco	8.337,38	

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (**barrare se non ha ricoperto cariche**):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di viaggio (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di missione (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE
Rimborsi kilometrici 914,35	

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 13.10.2020

Firma

  
 REGIONE BASILICATA  
 Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
(per esteso leggibile)  
 Ambito Territoriale ex A.S.L. 3 Lagonegro  
**Dott.ssa Bruna Gagliardi**  
 Dirigente Veterinario U.O. "B"

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza ASP di Potenza ( [responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it) )

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto GALELLA MICHE LANZELLO  
(COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

Pat. n. 20/44610  
20.10  
del 26/10/2020

In qualità di:  Dirigente di Struttura Complessa /  Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale /  Dirigente Struttura Semplice /  Dirigente con Incarico Professionale /  Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: VETERINARIO U.D. AREA A "SANTA ANIBALE"

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le **seguenti altre cariche**, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (**barrare se non ha ricoperto cariche**)

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
/	/	/	/

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i **seguenti altri incarichi** con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (**barrare se non ha ricoperto cariche**):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
/	/	/	/

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti **rimborsi per spese di viaggio** (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE
/	/

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti **rimborsi per spese di missione** (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE
/	/

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 24-10-2020

Firma  
Michele Lanza Galella  
(per esteso leggibile)

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza  
ASP di Potenza ( [responsabile.trasparenza@asphasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@asphasilicata.it) )

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto Gesualdi Filippo

In qualità di  Dirigente di Struttura Complessa  x Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale/Dirigente Struttura Semplice/ Dirigente con Incarico Professionale /  Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: Responsabile U.O.S.D. CSM di Villa d'Agri

**DICHIARA**

a) di non aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (*barrare se non ha ricoperto cariche*)

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
/	/	/	/

b) di non aver ricoperto nell'anno 2019 i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (*barrare se non ha ricoperto cariche*):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
/	/	/	/

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di viaggio (*barrare le caselle se non percepite*):

Spese	TOTALE
/	/

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di missione (*barrare le caselle se non percepite*):

Spese	TOTALE
/	/

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Villa d'Agri 02.10.2020

Firma  
*Filippo Gesualdi*

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza  
ASP di Potenza ( [responsabile.trasparenza@asopbarilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@asopbarilicata.it) )

AZIENDA SANITARIA LOCALE POTENZA ASP Protocollo generale
<b>- 8 OTT. 2020</b>
Prot. N. <u>81545</u>

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto GIANNONE ROSA  
(COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

In qualità di Dirigente di Struttura Complessa / Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale / Dirigente Struttura Semplice / Dirigente con Incarico Professionale / Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: ATTIVITÀ PSICOLOGICHE CLINICHE E RIABILITATIVE DISTRETTUALI

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le **seguenti altre cariche**, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (**barrare se non ha ricoperto cariche**)

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
/	/	/	/

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i **seguenti altri incarichi** con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (**barrare se non ha ricoperto cariche**):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
/	/	/	/

c) di aver percepito nell'anno 2019 i **seguenti rimborsi per spese di viaggio** (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE
SPESE DI VIAGGIO X BOCCERA A CARICO ASP	221,98

d) di aver percepito nell'anno 2019 i **seguenti rimborsi per spese di missione** (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE
MISSIONI TERR. ASP	94,40

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 02.10.2020

Firma

Rosa Giannone  
(per esteso leggibile)

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza ASP di Potenza ( [responsabile.trasparenza@asphasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@asphasilicata.it) )

AZIENDA SANITARIA LOCALITÀ POTENZA ASP Protocollo generale
-7 OTT. 2020
Prot. N. <u>90933</u>

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto GRAZIANO ALESSANDRA  
(COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

In qualità di: Dirigente di Struttura Complessa / Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale/ Dirigente Struttura Semplice/ Dirigente con Incarico Professionale / Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (**barrare se non ha ricoperto cariche**)

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (**barrare se non ha ricoperto cariche**):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
A.O.R. "SAN CARLO" POTENZA	INSEGNAMENTO AA 2018/2019	NON PERCEPITO - IN ATTESA DI COMPENSO	
TRIBUNALE ORD. POTENZA	C.T.U.	1.470,4 (netto)	PERCETTO SVOLTO NEL 2019 e da precedenti
A.O.R. "SAN CARLO" POTENZA	INSEGNAMENTO AA 2017/2018	853,58 (netto)	

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di viaggio (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di missione (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 06/10/2020

Firma

Alessandra Graziano  
(per esteso leggibile)

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza ASP di Potenza ( [responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it) )

AZIENDA SANITARIA LOCALE POTENZA ASP Protocollo generale
<b>- 6 OTT. 2020</b>
Prot. N. <u>90678</u>

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI  
DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Salvatore Gubelli  
(COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

In qualità di:  Dirigente di Struttura Complessa /  Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale /  Dirigente Struttura Semplice /  Dirigente con Incarico Professionale /  Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: UOSD Scompenso Cardiaco Melfi UOSD Cardiologia Territoriale

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (*barrare se non ha ricoperto cariche*)

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
Comune di Melfi	Cons. Comunale/Presidente del Consiglio	6571,26	

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (*barrare se non ha ricoperto cariche*):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di viaggio (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE
/	/

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di missione (barrare le caselle se non percepite):

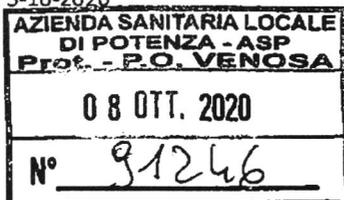
Spese	TOTALE
/	/

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 5-10-2020



Firma

  
(per esteso leggibile)

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_  
 GONNELLA \_\_\_\_\_  
 (COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

In qualità di:  Dirigente di Struttura Complessa /  Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale /  Dirigente Struttura Semplice /  Dirigente con incarico Professionale /  Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: UOC PNEUMOLOGIA TERRITORIALE ASP POTENZA

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (**barrare se non ha ricoperto cariche**):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
CEUR	MEMBRO	0	

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (**barrare se non ha ricoperto cariche**):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di viaggio (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di missione (barrare le caselle se non percepite):

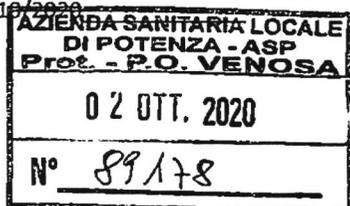
Spese	TOTALE

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 02/10/2020



Firma

\_\_\_\_\_  
 GIOVANNI GONNELLA

(per esteso leggibile)

prot. n 90300 del 6/10/2020

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto GORI STRENELLA  
(COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

In qualità di:  Dirigente di Struttura Complessa /  Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale /  Dirigente Struttura Semplice /  Dirigente con Incarico Professionale /  Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: UOSD CONSULTORO POTENZA

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (**barrare se non ha ricoperto cariche**)

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (**barrare se non ha ricoperto cariche**):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di viaggio (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di missione (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE
€ 12,16	€ 12,16

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 05.10.2020

Firma

Strella Gori  
(per esteso leggibile)

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza  
ASP di Potenza ( [responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it) )

prot. n 98001 del 27/10/2020

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto **GUARINO ALFONSINA**

In qualità di Dirigente di Struttura Complessa / Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale / Dirigente Struttura Semplice / Dirigente con Incarico Professionale / Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: **U.O.C. Centro Salute Mentale di Lauria**

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (*barrare se non ha ricoperto cariche*)

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
Tribunale di Lagonegro	CTU	2.453,16 euro	Importo lordo

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (*barrare se non ha ricoperto cariche*):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di viaggio (*barrare le caselle se non percepite*):

Spese	TOTALE

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di missione (*barrare le caselle se non percepite*):

Spese	TOTALE

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 23/10/2020

Firma

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza  
ASP di Potenza ( [responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it) )

REGIONE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE  
U.O.C. CENTRO SALUTE MENTALE LAURIA  
Direttore: Dott.ssa Alfonsina GUARINO

prot n 98001 del 27/x/2020

**OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI AI SENSI DELL'ART. 14 DEL D.LGS. 33/2013 COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016 – ANNO 2019**

Il sottoscritto **GUARINO ALFONSINA**

In qualità di: Dirigente di Struttura Complessa / Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale / Dirigente Struttura Semplice / Dirigente con Incarico Professionale / Dirigente senza incarico (barrare la casella che interessa)

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: **U.O.C. Centro Salute Mentale di Lauria**

**DICHIARA**

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (*barrare se non ha ricoperto cariche*)

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
A.O.U. I. Verona	Relatore Corso di Formazione	500,00 euro	Importo lordo onnicomprensivo spese di viaggio, pasti e pernottamento

b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (*barrare se non ha ricoperto cariche*):

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni

c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di viaggio (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE

d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per spese di missione (barrare le caselle se non percepite):

Spese	TOTALE

**DICHIARA INOLTRE**

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito istituzionale;

di essere consapevole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, l'Azienda pubblicherà i dati di cui sopra per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico del dirigente.

Data 23/10/2020

Firma **GUARINO ALFONSINA**  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE  
CENTRO SALUTE MENTALE LAURIA  
(per esteso leggibile)

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza  
ASP di Potenza ( [responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it) )