Il sottoscritto	LAGUARDIA	GIUSEPPE
-----------------	-----------	----------

In qualità di: ☐ Dirigente di Struttura Complessa / ☐ Diri	igente Struttura Semplice Dipartimentale/ \Box Dirigente Struttura
Semplice/□Dirigente con Incarico Professionale / ⊠	Dirigente senza incarico

Indicare la denominazione della propria struttura/incarico: U.O.C. ATTIVITÀ TECNICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO

DICHIARA

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le <u>seguenti altre cariche</u>, 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 <u>seguenti altri incarichi</u> 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 PER SPESE DI MISSIONE PRESSO L'AZIENDA SANITARIA DI	
MATERA (PRESSO LA QUALE IL DICHIARANTE HA PRESTATO SERVIZIO	
FINO AL 31 AGOSTO 2020), DI CUI:	€. 1.483,38
RIFERITI ALL'ANNO 2018: €. 852,38	
RIFERITI ALL'ANNO 2019: €. 631,00	

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.

Potenza, 7 Ottobre 2020

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
ASP
Protocollo generale
-7011, 2020
Prot. N. 90993

Firma
Gruse po Jaquandia

Il sottoscritto	Giacomo Lamboglia		
in qualità di:[]	Dirigente Struttura Semplice Dipa ☐ UOSD Lungodegenza Riabilitativa		
	DICHIA	ARA	
	o nell'anno 2019 le <mark>seguenti altre carich</mark> orrisposti <i>(barrare se non ha ricoperto ca</i> .		ati, e i relativi compensi a
Ente/Societ	à Carica	Compensi	Annotazioni
			# M 40 36 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40
	o nell'anno 2019 i <u>seguenti altri incarichi</u> re se non ha ricoperto cariche):	i con oneri a carico della fina	anza pubblica e i compensi
Ente/Societ	à Carica	Compensi	Annotazioni
c) di aver percepito	o nell'anno 2019 i seguenti <u>rimborsi per s</u>	p ese di viaggio (barrare le cas	elle se поп percepite):
	Spese	TOTA	LE
d) di aver percepit	o nell'anno 2019 i seguenti rimborsi per s	pese di missione (barrare le c	aselle se non percepite):
Non-receive access	Spese	TOTA	LE
	DICHIARA	INOLTRE	
pubblicazione obblig	le, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, d atoria ai sensi della normativa vigente, re ubblicati in formato di tipo aperto sul sito	si disponibili anche a seguito e	
	ole che ai sensi dell'art. 14, comma 2 d à i dati di cui sopra per i tre anni successiv		

Chiaromonte, 2 ottobre 2020

AZIENDA SANITARIA LOCALE
DI POTENZA - ASP
Prot. - P.O.D. CHIAROMONTE

0 2 017, 2020

N° 23 (\$\frac{1}{2}\$)

Firma

Giacomo Lamboglija

Azienda Sanitaria Locale di Potenza Plesso Ospedaliero di Chiaromonte U.O. LUNGODEGENZA RIABILITATIVA Responsabile: Dr. Giacomo LAMBOGLIA

Il sottoscritto VINCENZO LANGELLOTTI

ndicare la denominazione del	la propria struttura/incarico:		-7 OTT. 2020
	DICHIAR	A	Prot. N. 91046
	o 2019 le <u>seguenti altre cariche</u> ,		
qualsiasi titolo corrisposti	(barrare se non ha ricoperto carici	he)	
Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
Cooperativa sociale	vicepresidente	13.387,78	
Promozione 80-Oppido			
Lucano			
Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
Ente/Società Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica	Carica Docente corso di laurea Infermieristica	1.966,76	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore d
Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica	Docente corso di laurea Infermieristica	1.966,76	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore o Roma, il pagamento è a cario
Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica New Form –Potenza/ scuola	Docente corso di laurea Infermieristica	<u>_</u>	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore d Roma, il pagamento è a cario dell'A.O. San≰ Carlo di
Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica New Form –Potenza/ scuola	Docente corso di laurea Infermieristica	1.966,76	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore d Roma, il pagamento è a cario dell'A.O. Sana Carlo di
Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica New Form –Potenza/ scuola di psicoterapia di Basilicata	Docente corso di laurea Infermieristica	900,00	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore d Roma, il pagamento è a caric dell'A.O. San≢ Carlo di Potenza
Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica New Form –Potenza/ scuola di psicoterapia di Basilicata	Docente corso di laurea Infermieristica Docenza	900,00 900,00 se di viaggio (barrare le d	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore d Roma, il pagamento è a caric dell'A.O. San≢ Carlo di Potenza
Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica New Form –Potenza/ scuola di psicoterapia di Basilicata	Docente corso di laurea Infermieristica Docenza 2019 i seguenti <u>rimborsi per spes</u>	900,00 Se di viaggio (barrare le d	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore d Roma, il pagamento è a cario dell'A.O. Sana Carlo di Potenza caselle se non percepite):
Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica New Form –Potenza/ scuola di psicoterapia di Basilicata di aver percepito nell'anno	Docente corso di laurea Infermieristica Docenza 2019 i seguenti <u>rimborsi per spes</u> Spese	900,00 Se di viaggio (barrare le di 175	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore o Roma, il pagamento è a cario dell'A.O. Sana Carlo di Potenza caselle se non percepite): FALE 5,60
Azienda ospedaliera San Carlo/università Cattolica New Form –Potenza/ scuola di psicoterapia di Basilicata di aver percepito nell'anno	Docente corso di laurea Infermieristica Docenza 2019 i seguenti <u>rimborsi per spes</u> Spese Spese di viaggio per missioni	900,00 Se di viaggio (barrare le di TOT) 175 Se di missione (barrare le	L'incarico di docenza è dell'Università Sacro Cuore o Roma, il pagamento è a cario dell'A.O. Sana Carlo di Potenza caselle se non percepite): FALE 5,60

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

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza ASP di Potenza (<u>responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it</u>)

Il sottoscrittoLANGON		,	
	(COGNOME E NOME A STAME	PATELLO O CON PC)	
	ruttura Complessa / Dirigente arico Professionale / Dirigent		
Indicare la denominazione de	lla propria struttura/incarico: _	SERVIZIO VETERINARIO	
	DICHIA	ARA	
	no 2019 le <u>seguenti altre carich</u> (barrare se non ha ricoperto ca		nti, e i relativi compensi a
Ente/Società	Carlca	Compensi	Annotazioni
b) di aver ricoperto nell'ann spettanti (barrare se non	o 2019 i <u>seguenti altri incarich</u> ha ricoperto cariche):	i con oneri a carico della fina	nza pubblica e i compensi
Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni
			Annual Control of the
c) di aver percepito nell'ann	o 2019 i seguenti <u>rimborsi per s</u>	pese di vianzio (barrare le case	elle se non percepite):
	Spese	TOTAL	E
d) di aver percepito nell'ann	o 2019 i seguenti rimborsi per s	pese di missione (barrare le ca	selle se non percepite):
	Spese	TOTAL	E
	DICHIARA	A INOLTRE	
di essere consapevole, al sens	l deil'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, c	he i documenti, le informazion	i e i dati oggetto di
	sensi della normativa vigente, re n formato di tipo aperto sul sito		ell'accesso civico di cui
	i sensi dell'art. 14, comma 2 c cui sopra per i tre anni successi		
		,	
Data08.10.2020		Firma	
	4	(per esteso leggibile)	zul
Da protocollare e inviare al Respo ASP di Potenza (<u>responsabile.tra</u>	A 1 3 20 3 40 3 40 3 40 3 40 3 40 3 40 3 40	AZIENDA SANITARIA L/oCAI ASP Protocollo gener	1
f. 4 e/. 1		- 8 OTT. 2	020
1 11		Prot. N. 3150	52_

Il sottoscritto LACERENA DON	ATO		12			
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: BENESSERE ANIMALE E RISCHIO AMBIENTALE DICHIARA DICHIARA						
	28 / 27					
Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni			
b) di aver ricoperto nell'ann spettanti (barrare se non	o 2019 i <mark>seguenti altri incaric</mark> h ha ricoperto cariche):	ni con oneri a carico della fin	anza pubblica e i compensi			
Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni			
c) di aver percepito nell'ann	o 2019 i seguenti <u>rimborsi per s</u>	pese di viaggio (barrare le cas	elle se non percepite):			
	Spese	TOTAL	.E			
d) di aver percepito nell'ann	o 2019 i seguenti <u>rimborsi per s</u>	pese di missione (barrare le ca	aselle se non percepite):			
d) di aver percepito nell'ann	o 2019 i seguenti <u>rimborsi per s</u>	pese di missione (barrare le ca				
	Spese	TOTAL	LE			

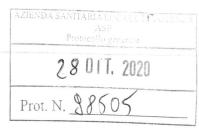
di essere consapevole, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto sul sito 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 16/10/2010

(per esteso leggibile)

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza ASP di Potenza (<u>responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it</u>)



alità di: Dirigente di Struttura Complessa / Dirigente Strutice/ Dirigente con Incarico Professionale / Dirigente struttura/Incarico: DICHIAR di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, qualsiasi titolo corrisposti (barrare se non ha ricoperto caric	senza incarico (barrare la c リカス しんさん A presso enti pubblici o pri	asella che interessa) も らるMTA PuB
plice/ Dirigente con Incarico Professionale / Dirigente sare la denominazione della propria struttura/incarico: DICHIAR di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, qualsiasi titolo corrisposti (barrare se non ha ricoperto caric	senza incarico (barrare la c リカス しんさん A presso enti pubblici o pri	asella che interessa)
are la denominazione della propria struttura/incarico: DICHIAR di aver ricoperto nell'anno 2019 le seguenti altre cariche, qualsiasi titolo corrisposti (barrare se non ha ricoperto caric	U.9.C. IQUEN	& & SAMTA PUB
DICHIAR di aver ricoperto nell'anno 2019 le <u>seguenti altre cariche,</u> qualsiasi titolo corrisposti (barrare se non ha ricoperto caric	A presso enti pubblici o pri	
di aver ricoperto nell'anno 2019 le <u>seguenti altre cariche,</u> qualsiasi titolo corrisposti (barrare se non ha ricoperto caric	presso enti pubblici o pri	vati, e i relativi compensi
qualsiasi titolo corrisposti (barrare se non ha ricoperto caric		vati, e i relativi compensi
qualsiasi titolo corrisposti (barrare se non ha ricoperto caric		vati, e i relativi compania
Ento (Carint)		
rnie/societa (arica	Compensi	Annotazioni
Carta	Compensi	71111000010111
Ente/Società Carlca	Compensi	Annotazioni
di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti <u>rimborsi per spes</u>	se di viaggio (barrare le cas	elle se non percepite):
Spese	TOTA	LE
li aver percepito nell'anno 2019 i seguenti <u>rimborsi per spes</u>	se di missione (barrare le c	aselle se non percepite):
Spese	TOTAL	LE
	A Professional Control of the Contro	AND THE RESERVE OF THE PARTY OF

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 20/20/2020

(per esteso leggibile)

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza ASP di Potenza (<u>responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it</u>)

Il sottoscritto	LARD	1NO 6	10261	0		
		(COGNOME E NOME A STA	MPATELLO O CO	N PC)		
		tura Complessa / Dirigen			.,	
	41	co Professionale / 🗆 Dirige				r
Indicare la deno	minazione della	propria struttura/incarico	: V. O. S.	tarm.	TERRITO	ORIALE - 1
		DICH	IARA			
a) di aver ricor	perto nell'anno	2019 le <u>seguenti altre car</u>	iche , presso en	ti pubblici o	privati, e i relati	vi compensi a
		parrare se non ha ricoperto				·
Ente/So	ocietà	Carica	Cor	mpensi	Annot	tazioni
		2019 i <u>seguenti altri incar</u> a ricoperto cariche):	<mark>ichi</mark> con oneri a	carico della	finanza pubblica	e i compensi
Ente/So	ocietà	Carica	Cor	mpensi	Annot	tazioni
						The state of the s
c) di aver perce	epito nell'anno	2019 i seguenti <u>rimborsi pe</u>	r spese di viaggi	o (barrare le	caselle se non pe	rcepite):
		Spese	-	то	TALE	
d) di aver perc	epito nell'anno	2019 i seguenti <u>rimborsi pe</u>	r spese di missio	one (barrare l	e caselle se non p	percepite):
		Spese		то	TALE	
ž.						
		DICHIA	RA INOLTRE			
pubblicazione ol	obligatoria ai se	dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013 nsi della normativa vigente, formato di tipo aperto sul s	resi disponibili a	anche a segui		
		sensi dell'art. 14, comma ui sopra per i tre anni succe				
Data 22/1	0/2020		$\mathcal{O}_{\mathcal{C}}$	Firma		
			(per este	eso leggibile)	AZIENDA SANITAR	IATOCS P.J. n. n. ASP Su veca de
		sabile della Trasparenza parenza@aspbasilicata.it)	-		280	TT. 2020
					Prot. N.	6615

Prot. n. 96442

ı	sottoscritto	Dott	IAI	SUIN	0	AC	OI	0
1	SOMOSCIMO	DULL.	LAI					

(COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

In qualità di: Dirigente di Struttura Complessa / Dirigente Struttura Semplice Dipartimentale / 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: DIP. PREVENZIONE SBA - SERVIZIO " SANITA' ANIMALE "

DICHIARA

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

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni

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

Ente/Società	Carica	Compensi	Annotazioni	
A44				
			<i>y</i> .	
		~ *		

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

Spese	TOTALE
Rimborso spese Km Funzioni ispettive a.19/3 LR 16	2.760,77

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

Spese	TOTALE
Rimborso Spese Kilometriche	696,40

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 22 ottobre 2020

Firma

(per esteso leggibile)

Il sottoscritto LA REGINA VINCENZO

(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: V. O.S. L " CURE RESIDENZIALI, SETLI RESIDENZI

DICHIARA

a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le <u>seguenti altre cariche</u>, 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 <u>seguenti altri incarichi</u> 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 06-10-2070

per este (eggibile)

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA - ASP Prot. - USIB LAURIA

0 6 OTT. 2020

Nº 0 90193

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

	Il sottoscritto	LAUGE	-110 GIOVA	HH (
			(COGNOME E NOME A STAMP					
	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: Square Confidente Publica Politica Profice Prof							
;	a) di aver ri qualsiasi t	rivati, e i relativi compensi a						
	Ente	/Società	Carica	Compensi	Annotazioni			
	spettanti		2019 i seguenti altri incarichi n ricoperto cariche): Carica	Compensi	Annotazioni			
		/						
(c) di aver pe	rcepito nell'anno 2	2019 i seguenti <u>rimborsi per sp</u> Spese	ese di viaggio (barrare le ca				
			(
	d) Ledi aver pe collo generale	rcepito nell'anno 2	2019 i seguenti <u>rimborsi per sp</u>		-			
130	TT. 2020		Spese	тоти	ALE			
	and and the second seco	A company than						
DATAL	OI ARRIVO		DICHIARA	INOLTRE				
ŗ	oubblicazione	obbligatoria ai sen	ell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, ch isi della normativa vigente, resi ormato di tipo aperto sul sito i	disponibili anche a seguito				
			ensi dell'art. 14, comma 2 de i sopra per i tre anni successivi					
IENDA SANITARIA Protocoli	Data 15	flo/wu	l	Firma				
Prot. N. 30	812	mental and a second	1	(per esteso leggibile)				
			abile della Trasparenza					
ρ	se ui Potenza (responsabile.traspa	renza@aspbasilicata.it)					

Il sottoscritto	LAULE	EITA KO	SANA	iA		
	(CC	GNOME E NOME	A STAMP	ATELLO O COI	N PC)	The state of the s
In qualità di:□Dirige Semplice/□Dirigent						ntale/ Dirigente Struttu ssella che interessa)
Indicare la denomina	azione della pr	opria struttura/inc	arico: _	UOS LUNG	SODE GENZA	POD VENOSA
		D	DICHIA	RA		
		19 le <u>seguenti altr</u> are se non ha rico _l			pubblici o priv	ati, e i relativi compensi a
Ente/Societ	à	Carica		Con	npensi	Annotazioni
	re se non ha ric	19 i <u>seguenti altri</u> coperto cariche): Carica	incarich		carico della fina	Annotazioni
ORDINE HEDILI PO			ESAME	€ 625,00		Annotazioni
Onome institution	TENE	ino Communicate		C 025100	(20.100)	
c) di aver percepito	o nell'anno 201	9 i seguenti <u>rimbo</u>	rsi per s	oese di viaggio	(barrare le cas	elle se non percepite):
		Spese			TOTA	LE
E	35,00				€ 35,00	
d) di aver percepite	o nell'anno 201	.9 i seguenti <u>rimbo</u>	rsi per s	pese di missio	ne (barrare le c	aselle se non percepite):
		Spese			TOTA	LÉ
		D	ICHIARA	INOLTRE		
di essere consapevo						ni e i dati oggetto di dell'accesso civico di cui
hannicasione oppii	atoria ai sensi	uena normativa vig	senie, re	or disponium d	ilciic a seguito	den 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 15/10/2020 AZIENDA SANITARIA LOCALE
DI POTENZA - ASP
Prot. - P.O. VENOSA Kosanne (per esteso leggibile)

Da protocollare e inviare al R ASP di Potenza (responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it)

			te Struttura Semplice Dipartin ente senza incarico (barrare la	
Indicare la deno COLL ABOR COORBINA	ominazione de A&IONE -MENTO		MEDICINA DELLI MEDICINA DELLI IARA PARBRI SO	
a) di aver rico	perto nell'ani	~	<u>iche</u> , presso enti pubblici o p <i>cariche</i>)	rivati, e i relativi co
Ente/Se	ocietà	Carica	Compensi	Annotazio
spettanti (be	ocietà	Carica	Compensi	Annotazio
	ocietà	Carica	Compensi	Annotazio
Ente/So			Compensi spese di viaggio (barrare le ca	
Ente/So				iselle se non percepi
Ente/So		o 2019 i seguenti <u>rimborsi per</u>	spese di viaggio (barrare le ca	iselle se non percepi
c) di aver perce	epito nell'ann	o 2019 i seguenti <u>rimborsi per</u> Spese	spese di viaggio (barrare le ca	iselle se non percepi
c) di aver perce	epito nell'ann	o 2019 i seguenti <u>rimborsi per</u> Spese	spese di viaggio (barrare le ca	ALE caselle se non percep
c) di aver perce	epito nell'ann	o 2019 i seguenti <u>rimborsi per</u> Spese o 2019 i seguenti <u>rimborsi per</u>	spese di viaggio (barrare le ca	ALE caselle se non percep
c) di aver perce	epito nell'ann	o 2019 i seguenti <u>rimborsi per</u> Spese o 2019 i seguenti <u>rimborsi per</u> Spese	spese di viaggio (barrare le ca	caselle se non perce

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 45 10 2020

(per esteso leggibile)

Prot. N. 34820

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

II sc	ottoscritto A	ROSA	GIUSEPP	E KA	TRICOLA (3111271		
(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)								
Indi	icare la denominazi	one della propria st	truttura/incarico: でんしい DICHI	ROTOCOLLI ARTIFIERTO	SANITA A CON AL B: PREVENTE	WIMALT REFER TRE ARET FUNZIONE SALUTE UN	ENTE ONAL: IANA	
	*							
a)	a) di aver ricoperto nell'anno 2019 le <u>seguenti altre cariche</u> , presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (<i>barrare se non ha ricoperto cariche</i>)							
	Ente/Società		Carica	Co	mpensi	Annotazioni	position of the second of the	
b) di aver ricoperto nell'anno 2019 i <u>seguenti altri incarichi</u> con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti (<i>barrare se non ha ricoperto cariche</i>):								
	Ente/Società		Carica	Со	mpensi	Annotazioni		
c) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti <u>rimborsi per spese di viaggio</u> (barrare le caselle se non percepite):								
	and the second s		Spese		ТОТА	TE OTENZ	K	
d) di aver percepito nell'anno 2019 i seguenti <u>rimborsi per spese di missione</u> (barrare le caselle se non percepite)								
			Spese		ТОТА	ASP Ollo ge	1 2	
	m colocito de acolo i i del ma acolo i					SANITA	7 0	
			DICHIAR	A INOLTRE	The state of the s	ENDA S.	ot. N.	
put	oblicazione obbligat		ormativa vigente, r	esi disponibili	anche a seguito	ni e i dati oggetto di dell'accesso civico di cui	Prot.	
		che ai sensi dell'a dati di cui sopra pe				odificato dal D.lgs 97/3 o del dirigente.	2016,	
D	ata <u>06 - 10</u>	_2020		G e	Firma/	le		
	(Met estebo tegginie)							

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

Il sottoscritto LORUSSO CARMELA

Da protocollare e inviare al Responsabile della Trasparenza ASP di Potenza (<u>responsabile.trasparenza@asobasilicata.it</u>)

(COGNOME E NOME A STAMPATELLO O CON PC)

in qualità di: Dirigente di Strut	tura Complessa / Dirigente :	Struttura Semplice Dipa	rtimentale/∏Dici	MITARIA LOCALE IL PU	
Semplice/ Dirigente con incari	co Professionale /XI Dirigent	e senza incarico (barrare	e la casella che int	eressa), sp	
				Protocollo generale	
Indicare la denominazione della	propria struttura/incarico:			/ III 1 2020	
			1	26 U11. 20 20	
	DICHIA	A P A		472/2	
	Dicini	***	Prot. N	1 32255	
a) di successora sattanno	2010 to seminate along social			41.1	
	2019 le <u>seguenti altre carici</u>		o privati, e i reia	tivi compensi a	
quaisiasi utolo corrisposu (a	parrare se non ha ricoperto ca	riche)			
Ente/Società	Carica	Compensi	Ann	otazioni	
Cite/Societa	Centes	Compens		ocazioiii -	
			,		
		-			
 b) di aver ricoperto nell'anno 	2019 i seguenți altri incarici	ni con oneri a carico del	ila finanza pubbli	ca e i compensi	
spettanti (borrare se non h	ı ricoperto cariche):				
Ente/Società	Carica	Compensi	Ann	otazioni	
	Spess		TOTALE		
d) di aver percepito nell'anno	2019 i seguenti <u>rimborsi per s</u>	spese di missione (barra	re le caselle se noi	n percepite):	
	Space		TOTALE		
L					
	DICHIAD	A INOLTRE			
	Dichiar	V INCLINE			
di essere consapevole, ai sensi	dell'art. 7 del D.Lgs. 33/2013, (che i documenti, le infor	mazioni e i dati og	getto di	
pubblicazione obbligatoria ai se	ensi della normativa vigente, re	esi disponibili anche a se	guito dell'accesso	civico di cui	
all'articolo 5, sono pubblicati in	formato di tipo aperto sul sito	o istituzionale:			
	and the second second second				
di essere consapevole che ai	conci dell'art 14 commo 2	dol D (se 22/2012	ma madificata da	I D lee 07/2016	
l'Azienda pubblicherà i dati di c	ui sopra per i tre anni success	ivi dalla cessazione dell.H	ncarico dei dirigen	ite.	
021 1 -		.) 11			
Data 23/10/2012	> /	Firma			
•	1.	I = V	١		
		hund		\rightarrow	
		(per esteso leggio	(e)		
			•		