r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

DICHIARAZIONE ANNUALE OBBLIGATORIA SULLA ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
(Art. 20, comma 2, del D.Lgs. 39/2013)

Io sottoscritto/a (*cognome e nome*) GIBERTONI CHIARA
in relazione alla nomina a direttore generale nell'AUSL denominata
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA di BOLOGNA

valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013,

valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

consapevole

delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013, sotto la mia personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013 recante *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n.190"*, consapevole anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013

DICHIARO

☒ di non essere titolare di incarichi o cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo **(art. 10, comma 1, lett. a, del D.Lgs. n. 39/2013)**;

☒ di non svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo **(art. 10, comma 1, lett. b, del D.Lgs. n. 39/2013)**;

☒ che né il coniuge, nè un parente o un affine entro il secondo grado del sottoscritto si trovano in una delle situazioni indicate alle precedenti lettere a) e b) **(art. 10, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013)**;

☒ di non essere titolare di una delle seguenti cariche **(art. 14 del D.Lgs. n. 39/2013)**:

- Parlamentare, Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Viceministro, Sottosegretario di Stato, Commissario straordinario del Governo di cui all'art. 11 della L. 23.8.1988, n. 400, Amministratore di ente pubblico o di Ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale;

- componente della Giunta regionale o dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna o Amministratore di Ente pubblico o di Ente di diritto privato, in controllo pubblico della Regione Emilia-Romagna, che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo;

- componente di una Giunta o di un Consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti (o associazione tra comuni che raggiungano assieme la medesima popolazione) del territorio emiliano-romagnolo;

- Presidente o Amministratore delegato di Enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione, nonché di Province, Comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti i (o associazione tra comuni che raggiungano assieme la medesima popolazione) del territorio emiliano-romagnolo.

Data 08/08/20 Firma *(nome e cognome)* Mariapia Bem*

** la firma, se possibile, va fatta digitalmente specificando nel modulo "Firmato digitalmente", altrimenti occorre acquisire la firma autografa, con fotocopia del documento di identità in corso di validità, oppure autenticare la firma (vd. spazio riservato)*

*Spazio riservato all'ufficio ricevente, da utilizzare **in alternativa** all'acquisizione della fotocopia del documento di identità in corso di validità*

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

_____ Il dipendente addetto *(timbro e firma)**

** il dipendente addetto è individuato e incaricato dal responsabile della struttura di assegnazione del dichiarante, preferibilmente tra i collaboratori assegnati alla sua segreteria.*

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

DICHIARAZIONE DELLA SITUAZIONE PATRIMONIALE

DATI ANAGRAFICI del DICHIARANTE

Cognome	GIBERTONI
Nome	CHIARA
Data di nascita	19.07.1966

SEZ. 1

BENI IMMOBILI (Terreni e Fabbricati)

Natura del diritto (1)	Descrizione dell'immobile (2)	Comune e Prov.	Annotazioni (3)
COMPROPRIETÀ	APPARTAMENTO 5 vani (130 mq)	MODENA (MO)	10% QUOTA di PROPRIETÀ

(1) Specificare se trattasi di: proprietà, comproprietà, superficie, enfiteusi, usufrutto, uso, abitazione, servitù, ipoteca.

(2) Specificare: il numero dei vani (se trattasi di fabbricato); la superficie (se trattasi di terreno).

(3) Ad esempio, indicare la quota di proprietà.

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

SEZ. 2

BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI			
Autovetture	CV fiscali / KW potenza	Anno di immatricolazione	Annotazioni
Motocicli			
Aeromobili			
Imbarcazioni da diporto			

SEZ.3

PARTECIPAZIONI IN SOCIETA'		
SOCIETA' (denominazione e sede)	Numero azioni possedute o quote societarie	Annotazioni

FUNZIONI DI AMMINISTRATORE / SINDACO IN SOCIETA'		
SOCIETA' (denominazione e sede)	Natura dell'incarico	Annotazioni

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

SEZ.4

FUNZIONI DI AMMINISTRATORE / SINDACO IN SOCIETA'		
SOCIETA' **(denominazione e sede)**	**Natura dell'incarico**	**Annotazioni**

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

SEZ. 5 Attestazioni concernenti il coniuge non separato, il/i figlio/i maggiorenne/i e i parenti entro il secondo grado di parentela (Nonno/a, nipote/i, fratello/i, sorella/e)

COGNOME E NOME	IN QUALITA' DI : *	CONSENSO
TALAMI ANDREA	CONIUGE	☐ PRESTA IL CONSENSO ☒ NON PRESTA IL CONSENSO
TALAMI FRANCESCA	FIGLIA	☐ PRESTA IL CONSENSO ☒ NON PRESTA IL CONSENSO
TALAMI MARCO	FIGLIO	☐ PRESTA IL CONSENSO ☒ NON PRESTA IL CONSENSO
TALAMI SOFIA	FIGLIA	☐ PRESTA IL CONSENSO ☒ NON PRESTA IL CONSENSO
BRAGLIA LIDIA	MADRE	☐ PRESTA IL CONSENSO ☒ NON PRESTA IL CONSENSO
GIBERTONI MARCELLA	SORELLA	☐ PRESTA IL CONSENSO ☒ NON PRESTA IL CONSENSO
		☐ PRESTA IL CONSENSO ☐ NON PRESTA IL CONSENSO
		☐ PRESTA IL CONSENSO ☐ NON PRESTA IL CONSENSO

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

* Legenda:

- Coniuge (non separato)
- Figlio/a maggiorenne

Parenti entro secondo grado di parentela

- Nonno/a
- Nipote (figlio di figlio/a)
- Fratello
- Sorella

Spazio per eventuali annotazioni:

.....

Sul mio onore affermo che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Ai sensi della normativa vigente in materia di privacy e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine ai dati conferiti, autorizzo la Regione Emilia-Romagna al trattamento dei miei dati personali.

Data 09/09/2020

Firma del dichiarante

Maria Grazia

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

Dichiarazioni Codice Comportamento WHR-Time Gru-Rer

Nome e Cognome: CHIARA GIBERTONI

Ruolo :Direttore Generale. POLICLINICO DI SANT'ORSOLA - AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA

Data dichiarazione 01/09/2020

COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI - Modulo 1

Il presente modulo, reso ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, rivolto a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico e aggiornato annualmente.

N.B. vanno escluse tutte le attivita' che sono state oggetto di precedente comunicazione o autorizzazione da parte dell'Azienda, anche ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 (incarichi extra impiego, attivita' in convenzione, sperimentazione sottoposta a parere del Comitato Etico e autorizzata dal DG, ecc.)

D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 4, comma 4; LR 9/2017 art. 5, comma 1 lett. d)

DICHIARO di avere avuto negli ultimi 3 anni rapporti, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti

SI ☐ **NO** ☒

Se SI compilare il modulo qui sotto (uno per ogni soggetto)

Denominazione soggetto esterno:	
Descrizione del rapporto:	
Data inizio:	
Data fine (se non compilato il rapporto si considera ancora attivo):	
Impegno orario settimanale/mensile (specificare):	
Tipologia di rapporto[1]:	
Indicare retribuzione complessiva del rapporto o annuale se rapporto ancora in corso.	
Indicare importo pari 0 se rapporto non retribuito:	
Eventuali benefici goduti, direttamente	

[1] Lavoro subordinato (1) Lavoro a tempo determinato (2) Lavoro a tempo parziale (part time) (3) Contratto di somministrazione (4) Lavoro intermittente (a chiamata) (5) Lavoro a progetto (6) Contratto di apprendistato (7) Stage / tirocinio (8) Praticantato (9) Libera professione (10) Altro (11) Prestazione occasionale (12)

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

Eventuali benefici goduti, direttamente o indirettamente:	
Dichiaro inoltre che, io sottoscritto o un parente/affine entro il 2^ grado o il coniuge/convivente del sottoscritto ho/ha tutt'ora rapporti finanziari con il soggetto esterno indicato: (SI/NO)	
Dichiaro che il predetto soggetto esterno, per quanto a mia conoscenza, ha interessi in attività o decisioni inerenti il servizio di mia assegnazione, per le pratiche a me affidate: (SI/NO)	
Dichiaro di possedere i seguenti brevetti/altre forme di proprietà intellettuale, per una valutazione da parte dell'Azienda sui potenziali conflitti di interesse in riferimento alle attività aziendali:	

COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI - Modulo 1bis

Il presente modulo, reso ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, rivolto solo al personale della Dirigenza e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato PRIMA di assumere le funzioni e aggiornato annualmente.

D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 12, comma 3 e LR 9/2017

DICHIARO di avere partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari che possono pormi in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolgo

SI ☐ NO ☒

Se SI,compilare una tabella per ogni adesione ad associazioni-organizzazioni

Denominazione della società o soggetto esterno:	
Partecipazione azionaria (SI-NO)	
Interesse finanziario: (SI-NO)	
Descrizione:	

Dichiarazione attività politiche, professionali servizio

DICHIARO di avere parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongono in

contatti frequenti con l'ufficio che dovrò dirigere o che sono coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

SI ☐ NO ☒

COMUNICAZIONE ADESIONE APPARTENENZA ASSOCIAZIONE ORGANIZZAZIONE - Modulo 2

Il presente modulo, rivolto a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato tempestivamente nel caso di appartenenza ad associazione od organizzazione i cui gli ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, nonche' quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute. In ogni caso, è vietata l'adesione o l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni con la previsione di un corrispettivo e/o compenso, ferma restando la possibilità di effettuare attivita' extra-istituzionali secondo le modalità previste dalla normativa vigenti (D.Lgs 165/2001 art. 54 e Codice Comportamento aziendale art. 6, comma 2-3)

COMUNICO di aderire o partecipare ad associazione od organizzazione, anche senza fini di lucro, specificando il ruolo ricoperto, i cui ambiti di interessi possono interferire con lo svolgimento dell'attivita' del servizio di appartenenza, nonche' quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute (il dovere di comunicazione non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati)

SI ☐ NO ☒

Se SI, compilare una tabella per ogni adesione ad associazioni-organizzazioni

Denominazione associazione od organizzazione:	
Tipologia di attività dell'associazione od organizzazione:	
Appartenenza ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute: (SI/NO)	
Data adesione:	
Data fine (da compilare al termine del rapporto con l'associazione od organizzazione):	
Impegno annuale (stima n. giorni alla settimana, mese, ecc.):	
Descrizione ruolo:	
Retribuzione:	

Firma

Il Direttore Generale
Dr.ssa Chiara Gibertoni

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E

Protocollo - Uscita - 05/08/2020.0597208.E

INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI - Modulo 1

COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI - Modulo 1

Il presente modulo, reso ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, rivolto a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico e aggiornato annualmente.
NB. vanno escluse tutte le attivita' che sono state oggetto di precedente comunicazione o autorizzazione da parte dell'Azienda, anche ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 (incarichi extra impiego, attivita' in convenzione, sperimentazione sottoposta a parere del Comitato Etico e autorizzata dal DG, ecc.)
D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 4, comma 4; LR 9/2017 art. 5, comma 1 lett. d)

Dichiarazione assenza/presenza conflitto potenziale	Note	Si	No
DICHIARO di avere avuto negli ultimi 3 anni rapporti, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti			X

08/08/2020

INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI - Modulo 1bis

TERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI - Modulo 1bis

MUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI - Modulo 1bis

Il presente modulo, reso ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, rivolto solo al personale della Dirigenza e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato PRIMA di assumere le funzioni e aggiornato annualmente.
D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 12, comma 3 e LR 9/2017

Dichiarazione partecipazioni azionarie-interessi finanziari	Note	Si	No
DICHIARO di avere partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari che possono pormi in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolgo			X

Dichiarazione attività politiche, professionali servizio	Note	Si	No
DICHIARO di avere parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongono in contatti frequenti con l'ufficio che dovrò dirigere o che sono coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.			X

09/09/2020

Prot. Generale Prot. 15/09/2020 0057288

ADESIONE APPARTENENZA ASSOCIAZIONE ORGANIZZAZIONE - Modulo 2

ADESIONE APPARTENENZA ASSOCIAZIONE ORGANIZZAZIONE - Modulo 2

COMUNICAZIONE ADESIONE - APPARTENENZA ASSOCIAZIONE OD ORGANIZZAZIONE - Modulo 2

Il presente modulo, rivolto a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato tempestivamente nel caso di appartenenza ad associazione od organizzazione i cui gli ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, nonche' quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute. In ogni caso, è vietata l'adesione o l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni con la previsione di un corrispettivo e/o compenso, ferma restando la possibilità di effettuare attivita' extra- istituzionali secondo le modalità previste dalla normativa vigenti (D.Lgs 165/2001 art. 54 e Codice Comportamento aziendale art. 6, comma 2-3)

Comunicazione partecipazioni ad associazioni-organizzazioni	Note	Si	No
COMUNICO di aderire o partecipare ad associazione od organizzazione, anche senza fini di lucro, specificando il ruolo ricoperto, i cui ambiti di interessi possono interferire con lo svolgimento dell'attivita' del servizio di appartenenza, nonche' quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute (il dovere di comunicazione non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati)			X

09/09/2020

r_emiro.Giunta - Prot. 15/09/2020.0597208.E