

Al Direttore della SOC Gestione economica del  
personale

La sottoscritta: DR.SSA BARBARA CIMOLATO

in relazione alla proposta di nomina a dirigente responsabile della struttura: F.F. SOC MEDICINA  
INTERNA II SAN GIOVANNI DI DIO

consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di  
formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e  
dei controlli che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle  
dichiarazioni presentate, per quanto di mia conoscenza

**DICHIARA<sup>1</sup>**

**Titolarità di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati<sup>2</sup>:**

- ☒ Di non ricoprire alcun incarico e di non essere titolare di alcuna carica in Enti di diritto privato  
regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ Di ricoprire i seguenti incarichi o di avere la titolarità delle seguenti cariche in Enti di diritto  
privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Denominazione dell'Ente di diritto privato	P.IVA o Codice Fiscale	Descrizione dell'incarico o della carica ricoperta

**Svolgimento di attività professionali<sup>3</sup>:**

- ☒ Di non svolgere alcuna attività professionale;
- ☐ Di svolgere le seguenti attività professionali:

---

---

- In relazione a quanto sopra descritto, il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare  
tempestivamente eventuali variazioni.
- Dichiaro, inoltre, di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ai  
sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 disponibili all'indirizzo  
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/comp>

Data e luogo

*Firenze, 10/4/2025*

<sup>1</sup> La dichiarazione deve essere resa solo dai dirigenti che hanno  
e deve essere pubblicata su Amministrazione Trasparente.

<sup>2</sup> Art. 15, comma 1, lettera c) e Art. 41, comma 3 del D.Lgs. 33/2013.

<sup>3</sup> Per attività professionali, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario.

<sup>4</sup> Il presente modulo può essere firmato digitalmente.