

NON CI SONO VARIAZIONI DI PATRIMONIO

Attestazione di variazione patrimoniale rispetto all'ultima attestazione art. 14 D.Lgs. 33/2013

Il/La sottoscritto/a SABRINA MURRINI nato/a a ROMA il 05-05-1966 ^{rispetto}
incarico ricoperto DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA LOCALE PITAGORAS

DICHIARA che:

di cui
precede

- NON sono intervenute variazioni della situazione patrimoniale rispetto all'ultima dichiarazione di variazione patrimoniale resa
- SONO intervenute le variazioni della situazione patrimoniale in aumento o diminuzione rispetto all'ultima dichiarazione di variazione patrimoniale resa

I				
BENI IMMOBILI (TERRENI E FABBRICATI)				
+/-	Natura del diritto (a)	Tipologia (indicare se fabbricato o terreno)	Quota di titolarità %	Italia/Estero
	NESSUNO			

a) Specificare se trattasi di proprietà, comproprietà, superficie, enfiteusi, usufrutto, uso, abitazione

II			
BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI			
+/-	Tipologia - Indicare se Autovetture, aeromobile, imbarcazione da diporto	CV fiscali	Anno di immatricolazione
	NESSUNO		

III				
AZIONI E QUOTE DI PARTECIPAZIONE IN SOCIETA'				
+/-	Denominazione della società (anche estera)	Tipologia (indicare se si posseggono quote o azioni)	n. di azioni	n. di quote
	NESSUNO			

IV		
ESERCIZIO DI FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O DI SINDACO DI SOCIETÀ		
+/-	Denominazione della società (anche estera)	Natura dell'incarico

V		
TITOLARITA' DI IMPRESE		
+/-	Denominazione dell'impresa	Qualifica

Sul mio onore affermo che la presente dichiarazione corrisponde al vero.

Luogo e data

Firma del dichiarante



*NON CI SONO CAMBIAMENTI
di poteri rispetto all'anno
precedente.*



**DICHIARAZIONE MANCATO CONSENSO DEL CONIUGE E DEI PARENTI ENTRO IL
II GRADO**
(ai sensi ex art. 14, comma 1, lett. f) - D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)

NOME SABRINA	COGNOME PULVIRENTI
------------------------	------------------------------

DICHIARA che

SONO DIVORZIATA

il coniuge (non separato)	
il/i genitore/i	
il/la figlio/a /i figli	
il/la nipote /i nipoti, in linea retta	
il/i fratello/i / la/e sorella/e	
il/la nonno/a/i nonni	

non dà/danno il consenso

alla pubblicazione dei rispettivi **dati patrimoniali**, ivi comprese eventuali titolarità di imprese, e **dei dati reddituali (modello UNICO/730)**.

Sul mio onore dichiaro che la presente dichiarazione corrisponde al vero.

Luogo e data

Firma del dichiarante



**DICHIARAZIONE SUGLI EMOLUMENTI COMPLESSIVI A CARICO DELLA
FINANZA PUBBLICA, SULL'ASSUNZIONE DI ALTRE CARICHE E DI ALTRI
INCARICHI**

(ai sensi dell'art. 14, comma 1, lett. d, comma 1, lett. e, comma 1 bis e ter, del D.Lgs. n. 33/2013)

Il/La sottoscritto/a SABRINA ACCURENTI nato/a a ROMA il 05-05-1966
incarico ricoperto DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA LOCALE DI RT

- ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 14, comma 1-bis, del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che la propria situazione, per l'anno 2023, è la seguente:

2022 SPEI

Sezione 1: dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (art. 14, comma 1, lett. d)):

	Ente pubblico o privato (denominazione e sede)	Natura dell'incarico	Compenso percepito	Annotazioni
1	<u>Asst Regina Elena</u>	<u>Direttore Generale</u>	<u>158.164,56</u>	<u>compenso base</u>
2				
3				

Sezione 2: altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti (art. 14, comma 1, lett. e)):

	Soggetto presso il quale si svolge l'incarico	Natura dell'incarico	Compenso spettante	Annotazioni
1				
2				
3				

- ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 14, comma 1-ter, del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

COMUNICA

di avere percepito, per l'anno....., emolumenti a carico della finanza pubblica per l'importo complessivo di €

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196 del 30.6.2003 e s.m.i.

Il sottoscritto afferma, sul proprio onore, che la dichiarazione corrisponde al vero.

Il sottoscritto è consapevole che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet dell'Ente e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

(luogo, data) _____ (firma) Sabrina Accurenti



DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBILITA'

(DI CUI ALLA NORMATIVA VIGENTE)

Il sottoscritto SABRINA PULVIRENTI nato a ROMA il 05-05-1966, in relazione all'incarico di DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA DI 10 consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA CHE

NON SUSSISTONO CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

SUSSISTONO LE SEGUENTI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una dichiarazione sostitutiva.

Matera, lì

Si allega copia documento riconoscimento in corso di validità.

Il dichiarante

