



Allegato 1)

**Dichiarazione ai sensi dell' art.14 d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016, comma 1, lettera d) ed e) e comma 1-ter.**

**Anno 2016**

| NOME   | COGNOME    | INCARICO RICOPERTO                                      |
|--------|------------|---|
| Amedeo | Costantini | Responsabile UOD Terapia del Dolore-HUB Regione Abruzzo |

| ASSUNZIONE DI ALTRE CARICHE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI E RELATIVI COMPENSI a qualsiasi titolo corrisposti |  |                    |      |
|---|--|--------------------|------|
| Carica rivestita  | Ente pubblico o privato (Denominazione e sede) | Compenso percepito | Note |
| /   |  |                    |      |
| /   |  |                    |      |

| ALTRI EVENTUALI INCARICHI CON ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA E RELATIVI COMPENSI |      |  |      |
|---|------|--|------|
| Incarico  | Ente | Compensi a carico della finanza pubblica | Note |
| /   |      |  |      |
| /   |      |  |      |

| AMMONTARE COMPLESSIVO DEGLI EMOLUMENTI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA (stipendi,e altre voci di trattamento fondamentale,le indennità e le voci accessorie,le eventuali remunerazioni per consulenze, incarichi aggiuntivi conferiti dalle amministrazioni pubbliche, anche diverse da quelle di appartenenza e dalle società partecipate direttamente o indirettamente dalle amministrazioni(anche diverse da quelle di appartenenza). |                             |  |   |
|--|-----------------------------|--|---|
| Incarico   | Ente                        | Compensi a carico della finanza pubblica | Note  |
| Responsabile UOD Terapia del Dolore-HUB Regione Abruzzo  | ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti | € 97.181,00                              | Totale imponibile al lordo dei contributi previdenziali |
|  |                             |  |   |

La presente dichiarazione viene resa ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata.



Data 15/06/2017

Firma del dichiarante

A handwritten signature in black ink, appearing to read "A. Campitelli".

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni in materia ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.