

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
**Istituto di Montecatone**  
**Ospedale di riabilitazione**  
**Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.**

**DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.LGS. N. 39 DEL 8.4.2013**

**All'Amministrazione della**  
**Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.**  
**Sede legale**

Io sottoscritta, Laura Calzà , nata a ...omissis... il ...omissis... e residente a ...omissis... , C.F. ...omissis..., Consigliere di Amministrazione della Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A. come da atto di nomina dell'Assemblea Soci del 18.07.2017,

**DICHIARO**

- di non essere in alcuna delle situazioni di inconferibilità previste dal decreto legislativo n. 39/2013;
- di non essere in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal decreto legislativo n. 39/2013.

Dichiaro altresì di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013:

- viene pubblicata nel sito della Società nella sezione Amministrazione Trasparente;
- (limitatamente alle situazioni di incompatibilità) deve essere presentata annualmente.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire.

Imola, 18 luglio 2017

Firmato Laura Calzà