

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E  
INCOMPATIBILITÀ**

(Art. 20 del d. lgs. n. 33/2013)

La sottoscritta Chirieleison Rosalba, nata a Messina il 20/03/1969, residente in Catania Viale della Costituzione n. 19, in qualità di titolare dell'incarico di consulenza avente ad oggetto l'attività di consulenza strategica a supporto della UOSL in Sicilia, presso ALMALAUREA Srl, C.F. e P.IVA 02579031200, con sede legale a Bologna (BO), Viale Masini n.36, 40126, consapevole delle sanzioni penali comminate in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 79 del D.P.R. 455/2000, sotto la propria responsabilità

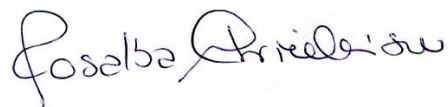
**DICHIARA**

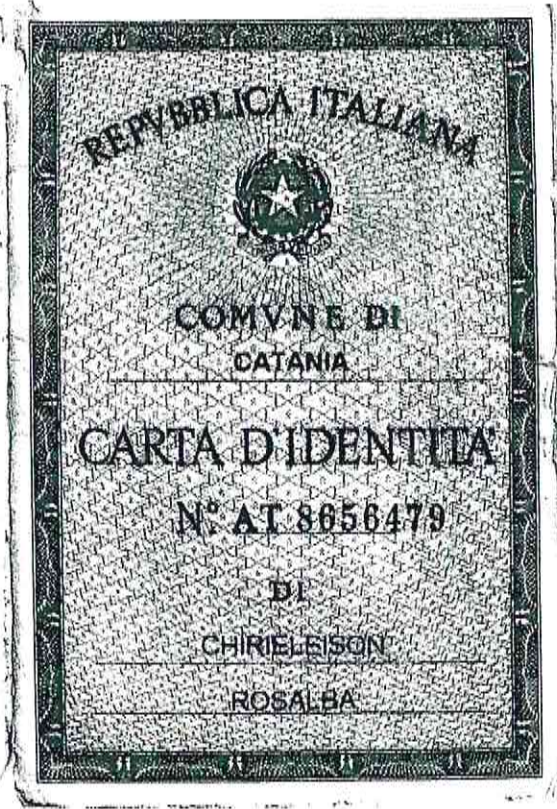
di non ricadere in alcuna delle cause di incompatibilità/conflicto di interesse previste dal d.lgs. n. 39/2013.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione la sottoscritta, consapevole che i dati sopraindicati saranno trattati e pubblicati sul sito [www.almalaurea.it](http://www.almalaurea.it), all'interno della sezione di AlmaLaurea Srl "Amministrazione trasparente", per le finalità di cui al d.lgs. n. 33/2013, si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione.

Catania, 21/01/2023

Il dichiarante





Cognome.....CHIRIELEISON.....  
 Nome.....ROSALBA.....  
 nato il.....20/03/1969.....  
 (atto n.....1... P.....1... S.....)  
 a.....MESSINA (ME).....  
 Cittadinanza.....ITALIANA.....  
 Residenza.....CATANIA (CT).....  
 Via.....Viale COSTITUZIONE Nr.19 Sc. M.Pi. 4.....  
 Stato civile.....Coniugata.....  
 Professione.....IMPIEGATO.....  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura.....1,65.....  
 Capelli.....CASTANI.....  
 Ochi.....CASTANI.....  
 Segni particolari.....NESSUNO.....

  
 Firma del titolare *R. Chirieleison*  
 CATANIA (CT) 25/07/2013  
 Impronta del dito indice sinistro  
 SINDACO  
**D'ORDINE DEL SINDACO**  
*Martina Scacco*  
 Diritti virtù E. 0,26  
 Diritti E. 0,16  


**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI  
 REPUBBLICA ITALIANA

**Codice Fiscale** CHRRLB69C60F158D Sesso **F**

**Cognome** CHIRIELEISON  
**Nome** ROSALBA  
**Luogo di nascita** MESSINA  
**Provincia** ME  
**Data di nascita** 20/03/1969

**Data di scadenza** 16/09/2017

**Dati sanitari regionali**  
 REGIONE MESSINANA