

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI  
INCOMPATIBILITA'**  
**(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto **SILVANO BOSARI**, nato a **MILANO (MI)**, il **31.10.1956** e residente a **MILANO (MI)** in **Viale Angelo Filippetti n.28/A**, con riferimento all'incarico di Direttore Scientifico dell'Istituto di ricovero e cura di diritto pubblico **FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i., e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del d. lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- l'insussistenza a proprio carico delle cause di incompatibilità al predetto incarico, come previste al Capo V, art.10, e al Capo VI, art. 14, del succitato d. lgs. n. 39/2013;
- l'insussistenza di cause di incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato e con l'esercizio di qualsiasi attività professionale, come previsto dall'art. 1, comma 818 della legge n. 296/2006;
- di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art. 20 del decreto legislativo succitato, verrà pubblicata nel sito del Ministero della salute e dovrà essere presentata annualmente.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le cause di incompatibilità che dovessero insorgere nel corso dell'espletamento dell'incarico.

Milano, 1 Dicembre 2016

**SILVANO BOSARI**  


Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. La copia dell'istanza sottoscritta dall'interessato e la copia del documento di identità possono essere inviate per via telematica.



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIV. II/3/1a

## Il Rettore

- VISTO il D.M. del Ministero della Salute dell'8.11.2016 con cui il prof. Silvano Bosari, professore ordinario presso il Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti di questo Ateneo, è stato nominato, per un periodo di cinque anni, direttore scientifico della Fondazione IRCCS di diritto pubblico "Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico" di Milano;
- VISTO l'art.13 del D.P.R.11.7.1980 n.382, e in particolare il comma 13, che prevede il collocamento in aspettativa senza assegni per i professori universitari che abbiano ricevuto un incarico dirigenziale che comporti un impegno incompatibile con l'assolvimento delle funzioni di professore universitario;
- VISTA la legge 27.12.2006, n. 296;
- VISTA la domanda in data 23.11.2016 con la quale il prof. Silvano Bosari chiede di essere collocato in aspettativa a decorrere dall'1.12.2016;

## DECRETA

Il prof. Silvano Bosari, professore ordinario presso il Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti di questo Ateneo, nominato direttore scientifico della Fondazione IRCCS di diritto pubblico "Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico" di Milano, è collocato in aspettativa senza assegni, ai sensi dell'art.13, comma 13 del D.P.R.11.7.1980 n.382, a decorrere dall'1.12.2016 al 30.11.2021.



Il Rettore  
Gianluca Vago

Universita' degli Studi di Milano

Decreti Rettore  
3985/2016 del 29/11/2016  
Classif. 7.4

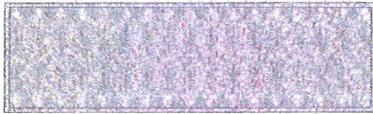


Ch

Data di scadenza 31/10/2025



AU 6450979



IPZS - OCV ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
MILANO

---

CARTA D'IDENTITA'

N° AU 6450979

DI

BOSARI  
SILVANO

Cognome BOSARI  
 Nome SILVANO  
 nato il 31/10/1956  
 (alto n. 1779 cm) (s. )  
 a MILANO )  
 Cittadinanza ITALIANA  
 Residenza MILANO  
 Via LE FILIPPETTI ANGELO N. 28/A  
 Stato civile CONIUGATO  
 Professione MEDICO

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura 1,81  
 Capelli BRIZZOLATI  
 Occhi CASTANI  
 Segni particolari

RA



Firma del titolare *Simona Ferrario*  
 Milano 11/07/2011

IL SINDACO  
 Ferrario Simona

Impronta del dito indice sinistro

Euro 5,42



## DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'

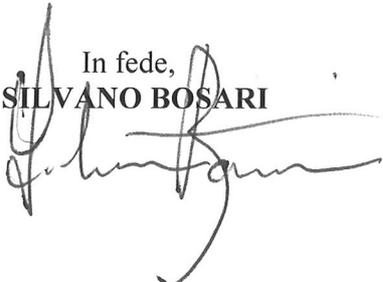
(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R.  
28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto **BOSARI SILVANO** nato a **MILANO (MI)**, il **31.10.1956** e residente a **MILANO (MI)** in **Viale Angelo Filippetti n. 28/A**, con riferimento al conferimento dell'incarico di Direttore Scientifico dell'Istituto di ricovero e cura di diritto pubblico **FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i., e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del d. lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

- l'insussistenza a proprio carico delle cause di inconferibilità al predetto incarico previste dal Capo II, art. 3, dal Capo III, art. 5, dal Capo IV, art. 8 del d.lgs. n. 39/2013 succitato.
- di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art. 20 del decreto legislativo succitato, è condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico e verrà pubblicata nel sito del Ministero della salute.

Milano, 25.10.2016

In fede,  
**SILVANO BOSARI**  


Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. La copia dell'istanza sottoscritta dall'interessato e la copia del documento di identità possono essere inviate per via telematica.

Cognome..... BOSARI  
 Nome..... SILVANO  
 nato il..... 31/10/1956  
 (atto n..... 4279 1s.....)  
 a..... MILANO.....  
 Cittadinanza..... ITALIANA  
 Residenza..... MILANO  
 Via..... LE FILIPPETTI ANGELO N. 28/A  
 Stato civile..... CONIUGATO  
 Professione..... MEDICO  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura..... 1,81  
 Capelli..... BRIZZOLATI  
 Occhi..... CASTANI  
 Segni particolari.....  
 .....  
 .....

R4



Firma del titolare..... *[Signature]*  
 Milano, 11/07/2015

Impronta del dito indice sinistro	IL SINDACO Ferrario Simona
Euro 5,42	

