

Cognome **LAGANA**  
 Nome **MARIA CRISTINA**  
 nato il **02/04/1956**  
 (atto n. **1165** 1 s. **A**)  
 a **ROMA (RM)**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **LATINA (LT)**  
 Via **STR DELLA SPERANZA, 929**  
 Stato civile **=====**  
 Professione **MEDICO**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI  
 Statura **1.60**  
 Capelli **Biondi**  
 Occhi **Castani**  
 Segni particolari  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



*Maria Cristina Lagana*

Firma del titolare **LATINA** **24/08/2006**

---

Impronta del dito  
 indice **115**


IL SINDACO

**FUNZIONARIO INCARICATO**

**DAL SINDACO**

**Fiorot Enzo**

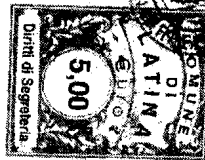




Comune di Latina  
UFFICIO ANAGRAFICO

COMUNE DI LATINA - Validità prorogata  
ai sensi dell'art. 31 del D.L. 25/06/2008  
n. 112 fino al 23-08-2016  
Ufficiale d'Anagrafe (Piero Carronato)

Firma 




Scadenza: 23/08/2011

AN 2187781



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
LATINA

CARTA D'IDENTITA'

N° AN 2187781

DI  
LAGANA'

MARIA CRISTINA



# AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale  
(Roma)  
Tel. 06 93.27.1 - Fax 06 93 27.38.66  
P.I. 0473781 1002



REGIONE  
LAZIO

Al Direttore  
U.O.C. Gestione Risorse Umane  
Dott.ssa Anna Maria Segatori

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a LAGANA' MARIA CRISTINA nato/a il 02/04/55 a ROMA  
via/p.zza P. N. N. N. residente in LATINA n. 829 Tel. 349/2894068  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARA

(barrare le caselle interessate)

- Di essere titolare dei seguenti incarichi ~~e~~ cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione e di dichiararli di seguito ai sensi dell'art. 15 comma 1 lettera c) del D Lgs. n. 33/2013:

MEDICO EX S.I.A.S. c/o C.C. VELLETRI

- Di non avere incarichi e/o cariche presso enti di diritto privato regolati a finanziati dalla Pubblica Amministrazione diversi da quelli esercitati presso l'Azienda USL RM H.

- Di svolgere le seguenti attività professionali presso (se diverse da quella esercitata presso l'Azienda USL RM H) e di dichiararle di seguito, ai sensi dell'art. 15 comma 1 lettera c) del D Lgs. n. 33/2013:

DIRETTORE MEDICO c/o P.O. CENTRO  
ASL LATINA CONTRATTO A TEMPO  
DETERMINAZIONE N. N. N. ESCLUSIVO CON SCADENZA  
31/12/2014

- Di non svolgere altra attività professionale diversa da quella esercitata presso l'Azienda USL RM H.

### ATTESTA

ai sensi dell'art. 53 comma 14 del D. Lgs. n. 165/2001 - (barrare le caselle interessate)

- Di aver verificato l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'attività svolta presso la Azienda USL RM H;

- Di aver verificato la sussistenza delle seguenti situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'attività svolta presso la Azienda USL RM H:

Il/La sottoscritto/a LAGANA' MARIA CRISTINA si impegna inoltre a comunicare ogni variazione che dovesse intervenire al riguardo.

Allega copia di un documento in corso di validità: Tipo CEL NIP ASL RM H n. AN 3187731 rilasciato da Comune di Latina il 24/08/2006.

Luogo Latina data 13/07/2014

Firma per esteso  
Maria Cristina Lagana'