

Potenza 16 gennaio 2015

Al Sig. Presidente della Giunta regionale di Basilicata

**Il sottoscritto Dott. Giovanni Battista BOCHICCHIO** nato a Filiano (PZ) il 25 settembre 1957 C.F.:BCHGNN57925D593Y, residente in Milano alla Via Vignola n.3 e domiciliato in Venosa (PZ) al Largo R.Scotellaro n.42,

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

### **DICHIARA**

- di non rientrare nella fattispecie di cui al comma 11 dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità previsti dal D.Lgs. n. 39/2013;
- di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 6 del Decreto Legge 24 giugno 2014, n. 90 convertito con Legge n.114/2014 che contempla il "*Divieto di incarichi dirigenziali a soggetti in quiescenza*".

In fede

Dott. Giovanni Battista BOCHICCHIO



Cognome..... **BOCHICCHIO**.....  
 Nome..... **GIOVANNI BATTISTA**.....  
 nato il..... **25/09/1957**.....  
 (atto n..... **71P..... 1. S..... A.....**)  
 a..... **Filiato**.....  
 Cittadinanza..... **ITALIANA**.....  
 Residenza..... **MILANO**.....  
 Via..... **VIGNOLA N. 3**.....  
 Stato civile..... **CONIUGATO**.....  
 Professione..... **MEDICO**.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... **1,70**.....  
 Capelli..... **BRIZZOLATI**.....  
 Occhi..... **CASTANI**.....  
 Segni particolari.....



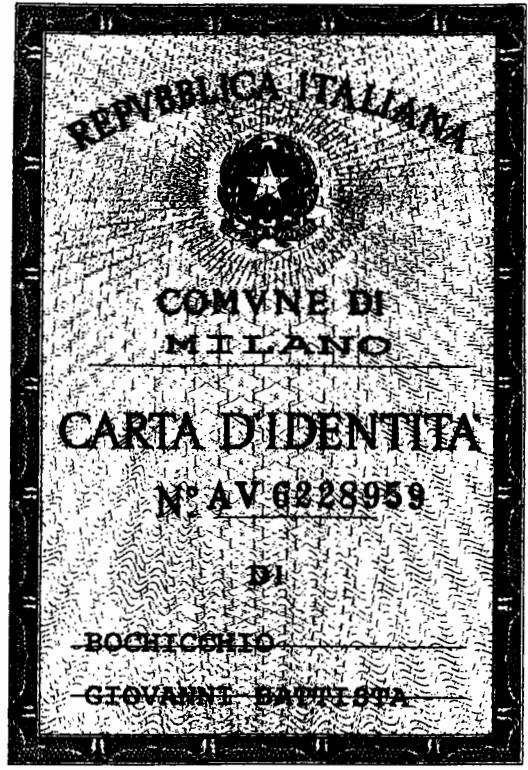
Firma del titolare *Giovanni Bochicchio*

**Milano** li **20/09/2014**

Impronta del dito indice sinistro **P.**

**Patti Maria Rita**

Buro 5,42



**TESSERA SANITARIA** REPUBBLICA ITALIANA

Codice Fiscale **BCHGNN57P25D593Y** Sesso **M**

Cognome **BOCHICCHIO**

Nome **GIOVANNI BATTISTA**

Data di scadenza **22/01/2019**

Luogo di nascita **MILANO**

Provincia **PZ**

Data di nascita **25/09/1957**

Dati sanitari regionali

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



5 Cognome **BOCHICCHIO**

4 Nome **GIOVANNI BATTISTA**

5 Data di nascita **25/09/1957**

6 Numero identificazione personale **BCHGNN57P25D593Y**

8 Numero di identificazione della tessera **80380000307100482056**

9 Scadenza **22/01/2019**

SSN-MIN SALUTE - 500001

16 GEN. 2015

col. n. 20150003873

Al Commissario con poteri di Direttore Generale  
A.O.R. San Carlo- Potenza

Dr. Rocco Alessandro Maglietta  
SEDE

**OGGETTO:** Dimissioni dall'incarico di Direzione Sanitaria Aziendale.

Egregio Direttore Le comunico che con D.P.G.R. n. 7 del 13 gennaio 2015 sono stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) con decorrenza dal prossimo 19 gennaio 2015.

In ragione di tanto rassegno le mie dimissioni dall'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera regionale "Ospedale San Carlo" con pari decorrenza.

Le formulo i migliori auguri per l'incarico che la vedrà impegnato sull'AOR dal 19 gennaio p.v. e La ringrazio della fiducia accordatami.

Potenza 16/01/2015

Giovanni Battista Bochicchio

