

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA' (artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445) RESA AI SENSI DELL'ART. 15 co. 1 lett. c) del D. LGS. n. 33/2013 (barrare e compilare la voce che interessa)

Il/la sottoscritto/a Andrea Fabbrizi

Nato/a a [redacted] ([redacted]) il [redacted]

residente a [redacted]) in Via [redacted] prov. [redacted]
n. [redacted] CAP [redacted]

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti ed uso di atto falso. Consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dal beneficio eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

[redacted] DICHIARA:

- ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera c) del D. Lgs. 33/2013 recante "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza";

(Svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione)

- ☐ di non svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione.
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:
tipologia di incarico: medico dietologo
presso Ente: Residenza Villa Oasi (centro convenzionato per la cura dei DCA)
periodo dell'incarico: dal 16/11/2022 compenso: 1000-1200 /mese

(Titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione)

- ☐ di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione.
- ☐ di avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione di seguito elencate:
carica: _____
presso Ente: _____
periodo dell'incarico: _____ compenso: _____

(Svolgimento di attività professionali)

- ☐ di non svolgere attività professionali.
- ☒ di svolgere la/e seguente/i attività professionale/i:
descrizione dell'attività: ambulatorio medico-nutrizionale privato

Compenso annuo: non valutabile (attività non ancora avviata)

(Insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi)

- in relazione a quanto sopra, che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.
- di essere a conoscenza che la presente dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera c) del D. Lgs. 33/2013 sarà pubblicata sul sito internet aziendale.

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 198/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

San Marcello 02/07/2024

(firma)

(data)

Il Dichiarante

Al sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, 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.