

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 GERVASI MARIA PAOLA

Nato/a a FANO (PU) il 21/09/62

residente a FANO (PU) in Via DE' GABRIELLI ^{prov.} n. 45 CAP 61039

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 dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

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: _____ presso Ente: _____

periodo dell'incarico: _____ compenso: _____

(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: MEDICO AMMIO COMMISSIONI INVALIDITA' CIVILE, MEDICO
DI MEDICINA GENERALE FANO Compenso annuo: _____

(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 nel sito internet aziendale.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Fano, 20/01/17
Luogo e data

Il Dichiarante

Ai 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.