REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

AREA GESTIONE RISORSE UMANE
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI E GESTIONE DEL RUOLO
P.IVA e C.F. 06534340721

DICHIARAZIONE DELL'AFFIDATARIO DI INCARICO DI CONSULENZA E/O COLLABORAZIONE

Il/la sottoscritto/a, ANTENUCCI MARINA LAURA, nato a (il ,C.F.
consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R., che le informazioni riportate di seguito corrispondono a verità e segnatamente, con riferimento all'incarico conferito al sottoscritto, ai sensi dell'art. 53, d. lgs. 165/2001, con provvedimento n. ___ del _____:

a. che non sussistono cause di incompatibilità e/o conflitto di interesse, di cui all'articolo 53, comma 14, d.lgs.165/2001;
b. ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), d. lgs. 33/2013, i dati relativi ai seguenti altri incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla p.a. sono i seguenti:
_____
_____
_____
_____
c. ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), d. lgs. 33/2013, i dati relativi allo svolgimento di altre attività professionali sono i seguenti:
_____
_____
_____
_____
_____
d. che non sussistono motivi ostativi al conferimento dell'incarico di collaborazione a norma dell'articolo 7, comma 6, del decreto legislativo n. 165/2001;

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e *curriculum vitae*.

Bari, 24-07-24

IL COLLABORATORE/ PROFESSIONISTA
In fede