

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE, RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI,
COMPRESA ALPI AI SENSI DELL'ART.15 comma 1, lett. C) del D.Lgs n.33/2013 RELATIVA AGLI ANNI 2014 E 2015

(sostitutiva di certificazione e atti di notorietà, ex art. 46 e 57 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii)

Il/la sottoscritto/o GIORDANO MATTEO

Nato/a a FOGGIA il 14/02/1956

In relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale

Direttore di Dipartimento DIPENDENZE PATOLOGICHE
atto di conferimento _____

Direttore di Struttura Complessa SERVI MANFREDONIA
atto di conferimento _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai fini dell'art. 15, comma 1, lett. C) e dell'art. 41, comma 3 del D.Lgs 33/2013 e la conseguente pubblicazione sul sito internet dell'Azienda

(barrare solo la casella che interessa)

Di non aver svolto negli anni 2014 e 2015 alcuna attività professionale, con l'esclusione di quelle formalmente autorizzate dalla ASL di Foggia;

☒ Di aver svolto le seguenti attività professionali, ivi comprese quelle in regime intramurario :

ANNO	Ente presso il quale svolge prestazione professionale	Periodo di svolgimento della prestazione (dal/al)	Oggetto della prestazione e compenso complessivo lordo previsto
2015	TRIBUNALE DI FOGGIA	APRILE - GIUGNO 2015	C.T. U. IN PROCEDIMENTO PENALE 4098/14 COMPENSO = SCONOSCIUTO CHE SARA' VERSATO ALLA ASL FG.

Il Sottoscritto s'impegna a comunicare tempestivamente all'Area Risorse Umane della ASL Foggia, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

23-11-2015

Il Dichiarante

Matteo Cipri

Dott. Matteo Giordano

Medico Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Psicoterapeuta
Direttore Dipart. Salute Mentale
E Dipendenze Patologiche- ASL FG
Tel: 0884 510310

Ill.mo Giudice Monocratico
Dott. Roberto Scillitani
Sezione Monocratica
Tribunale di Foggia

OGGETTO: Procedimento Penale n°4098/2014, Consulenza Tecnica di Ufficio in
persona di **OMISSIS**

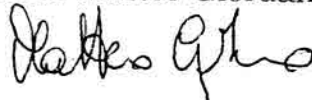
Il sottoscritto Dott. Matteo Giordano, avendo espletato Consulenza medico-legale e psichiatrico-forense nel procedimento in oggetto chiede che gli venga corrisposto l'onorario secondo quanto da Lei ritenuto opportuno; a questo andranno aggiunte le spettanze relative all'incarico espletato dal Dott. Angelo De Giorgi in qualità di Ausiliario Psichiatra (da Lei autorizzato nell'udienza di conferimento incarico) quantificabili in euro 100 come da fattura allegata.

Si precisa che il sottoscritto è dipendente della ASL FG e che per il presente incarico agisce in regime di libera professione; pertanto ai fini della liquidazione la SV potrà rivolgersi all'Ufficio Libera Professione ASL FG da contattare all'indirizzo mail **pedale@aslfg.it**

Con osservanza

Manfredonia, 09/06/2015

Dott. Matteo Giordano



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE, RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI, COMPRESA ALPI AI SENSI DELL'ART.15 comma 1, lett. C) del D.Lgs n.33/2013 RELATIVA AGLI ANNI 2014 E 2015

(sostitutiva di certificazione e atti di notorietà, ex art. 46 e 57 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii)

Il/la sottoscritto/o GIORDANO MATTEO

Nato/a a FOGGIA il 14/02/1954

In relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale

- ☐ Direttore di Dipartimento DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE
atto di conferimento N°63 del 14-1-2008 e successive rinnovazioni.
- ☐ Direttore di Struttura Complessa SEZIONE DIPARTIMENTALE MANFREDONIA
atto di conferimento N°3 del 10-01-2011 (DDP)

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai fini dell'art. 15, comma 1, lett. C) e dell'art. 41, comma 3 del D.Lgs 33/2013 e la conseguente pubblicazione sul sito Internet dell'Azienda

(barrare solo la casella che interessa)

- ☒ Di non aver svolto negli anni 2014 e 2015 alcuna attività professionale, con l'esclusione di quelle formalmente autorizzate dalla ASL di Foggia;
- ☐ Di aver svolto le seguenti attività professionali, ivi comprese quelle in regime intramurario :

ANNO	Ente presso il quale svolge prestazione professionale	Periodo di svolgimento della prestazione (dal/al)	Oggetto della prestazione e compenso complessivo lordo previsto

Il Sottoscritto s'impegna a comunicare tempestivamente all'Area Risorse Umane della ASL Foggia, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

23-11-2015

Il Dichiarante

Matteo Giordano