

MODELLO DI DICHIARAZIONI RELATIVE AI CONSULENTI/COLLABORATORI

Il / La sottoscritto/a AGRIPPINO ROBERTA CF [REDACTED]
 nato/a a [REDACTED] il [REDACTED] residente in [REDACTED]

In qualità di (qualifica) MEDICO
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 dichiara:

DICHIARAZIONE INCARICHI E CARICHE RICOPERTE

Dichiaro:

- Ai sensi dell'art.15, comma 1, lettera c) D.Lgs. 33/2013 di:
 - Non ricoprire
 - Ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici e privati:

Carica	Ente (pubblico o privato)	Periodo (data inizio/cessazione)	Compensi a qualsiasi titolo corrisposti

Dichiaro infine:

- Di non trovarmi allo stato in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'attività svolta e di impegnarsi a rendere annualmente una analoga dichiarazione ai sensi dell'art.20, comma 2 del D.Lgs. 39/2013 e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione;
- Di essere a conoscenza di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della ASL Viterbo, condividendone ed osservandone i principi generali ed i protocolli specifici.

Ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003, con la sottoscrizione del documento presto il consenso alla pubblicazione della presente dichiarazione in apposita sezione del sito istituzionale della ASL Viterbo.

Sul mio onore affermo che le dichiarazioni rese rispondono al vero.

VITERBO 4/02/2022
 (Luogo e data)

Firma

Roberta Agrippino