

MODELLO DI DICHIARAZIONI RELATIVE AI CONSULENTI, COLLABORATORI

Ho sottoscritto **LEONARDO PASQUCCI**

In qualità di (qualifica): **Medico**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità, in materia di dichiarazioni non veridiche e falsità negli atti, punita come dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 di cui fa parte.

DICHIARAZIONE: NUCLEI DI CARICHE E COPERTURE

DICHIARO:

1. Al sensi dell'art. 15, comma 2, lett. c) D.Lgs. 33/2013 di:

Amministratore

Ricoprire la seguente carica presso enti pubblici o privati:

Carica	Ente	Periodo	Compensi
	(pubblico o privato)	(date di inizio/cessazione)	(mensile/annuale/altro) (con/nessi)

Dichiaro inoltre:

di non trovarmi allo stesso tempo in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con l'attività svolta e di impegnarsi a rendere immediatamente una analogha dichiarazione, se, ai sensi dell'art. 20, comma 2 del D.Lgs. 33, 2013 s.m.i. e a contribuire remunerativamente a eventuali violazioni del contratto di lavoro presente all'istituzione.

di essere a conoscenza di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della ASL di Arezzo, e di averne conoscenza ed averne conoscenza di quanto previsto dal protocollo specifico.

Al sensi dell'art. 15, comma 2, lett. c) D.Lgs. 33/2013, con la sottoscrizione del documento presso il consenso alla pubblicazione della presente dichiarazione in apposita sezione del sito Internet della ASL di Arezzo.

In fede

(Luogo e data)

V. PASQUCCI, 15/12/2013