

MODELLO DI DICHIARAZIONI RELATIVE AI CONSENSI COLLABORATORI

Il/Le sottoscritto/e MASSEPA RY PIRCI
 in qualità di (qualifica): MEDICO

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiama dall'art.76 del DPR n.443/2000 dichiara:

DICHIARAZIONI INCARICHI E COMPENSI

DICHIARO:

• Assenti dall'art. 10, comma 1, art. 11, Legge 39/2013 e:

Non coprire.

• Ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici erogatori:

Carica	Ente	Periodo	Compensi e qualsiasi titolo corrisposti
	(esempio: osp. sede)	(parte di inizio/cessazione)	

Dichiaro inoltre:

di non trovarmi in stato di situazione, anche potenziale, di conflitto di interesse con l'attività svolta e di impegnarmi a rendere entro il mese una analogha dichiarazione e sanzioni del art.70, comma 2 del D. 43/2013 e simili e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

di essere a conoscenza del art. 17 della Legge 192/2012 e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione del ASL di Ancona, convalidandone ed osservandone i contenuti generali e i protocolli specifici.

All'elenco degli incarichi previsti dal D.Lgs. 43/2013, con la sottoscrizione del documento presso il consenso alla pubblicazione della presente dichiarazione in apposita sezione del sito istituzionale del ASL di Ancona.

In Fede

FIRMA O

21.12.2023
 (giorno e data)

[Handwritten signature]