ASL Bari PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

UOS FORMAZIONE – DIPARTIMENTO SICUREZZA E QUALITA'
Telefono: 080 584.2453/2334/2675/2501
E-Mail: formazione@asl.bari.it
PEC: formazione.aslbari@pec.rupar.puglia.it

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

Il/la sottoscritto/a, ALESSANDRO MARINACCIO, 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. 56613 del 06/05/2025:

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, 6/5/2025

IL COLLABORATORE/ PROFESSIONISTA
In fede