

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 MORLINO PARIDE

Nato/a a FOGGIA il 01/01/1960

In relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale

Direttore di Dipartimento /  
atto di conferimento /

Direttore di Struttura Complessa MAR Osp. San Leone  
atto di conferimento 8/10/2006

### 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
2014	ASL FOGGIA	1/1/2014 al 31/12/2014	€ 14490 intramuraria
2015	ASL FOGGIA	1/1/2015 a tutt'oggi	€ 11655 intramuraria

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  
DR. P. MORLINO  
M.A.R.