

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 FERNANDO PALMA

Nato/a TORREDACCIORE (FG) il 17/11/1954

In relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale

Direttore di Dipartimento _____
atto di conferimento _____

☒ Direttore di Struttura Complessa S.C. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA
atto di conferimento _____

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 |
|------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Il Sottoscritto s'impegna a comunicare tempestivamente all'Area Risorse Umane della ASL Foggia, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

26/11/2015

Il Dichiarante
