

**Dichiarazione in merito allo svolgimento di attività professionale e/o di titolarità di cariche**  
ex art. 15 – comma 1 – lett. c) del decreto 33/2013

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ MUSSUTO VITTORIA \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ POTENZA \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 03/01/57 \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

|                                                     |                                     |                                                                         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1_ Prestazioni professionali in regime intramurario | <input type="checkbox"/>            | di <b>non svolgere</b> prestazioni professionali in regime intramurario |
|                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | di svolgere prestazioni professionali in regime intramurario            |

  

|                                 |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2_ Altri rapporti professionali | <input checked="" type="checkbox"/> | di <b>non avere</b> in corso altri rapporti professionali                                                                                                                                                                                                   |
|                                 | <input type="checkbox"/>            | di avere in corso rapporti professionali con strutture sanitarie private accreditate e non , e precisamente: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ presso la struttura sanitaria di</li><li>▪ tipologia di attività</li><li>▪ Impegno temporale</li></ul> |
|                                 | <input type="checkbox"/>            | di avere in corso i seguenti rapporti professionali:<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                      |

  

|                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3_ titolarità di cariche in enti di diritto privati regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione | <input checked="" type="checkbox"/> | di <b>non avere</b> titolarità di cariche in enti di diritto privati regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione                                                               |
|                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            | di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione, e precisamente di ricoprire la carica di _____<br>_____<br>presso _____ |

Dichiaro di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art.15 del D.Lgs 33/2013 viene pubblicata nel sito della pubblica amministrazione che ha conferito l'incarico.

Sono consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda U.S.L. in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs.°196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda U.S.L. di Imola, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

Imola, 27.04.2016

IL DICHIARANTE  
F.to Mussuto Vittoria