



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 e s.m.i.

Io sottoscritto PAOLA DAL POZZO
nato a IMOLA il 13/06/1960

DICHIARO

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

2_ Altri rapporti professionali	<input checked="" type="checkbox"/>	di non avere in corso altri rapporti professionali
	<input type="checkbox"/>	di avere in corso rapporti professionali con strutture sanitarie private accreditate e non , e precisamente: presso la struttura sanitaria di _____ tipologia di attività _____ Impegno temporale _____
	<input type="checkbox"/>	di avere in corso i seguenti rapporti professionali: _____ _____

3_ Titoralità di cariche in enti di diritto privati regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione	<input checked="" type="checkbox"/>	di non avere titoralità di cariche in enti di diritto privati regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione
	<input type="checkbox"/>	di avere titoralità di cariche in enti di diritto privato regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione, e precisamente di ricoprire la carica di _____ _____ 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 Dlgs.*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, 25/01/2024

IL DICHIARANTE
AZIENDA U.S.L. di Imola
Medico Abilitato in attività professionale/cariche
Dr.ssa Dal Pozzo Paola
C.F.: DLPLA60H53E289S