

Dichiarazione

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.)
relativa

allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali

ai sensi degli articoli. 15, comma 1, lett. c) e 41 comma 3 del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a GRAZIA ORIZIO nato/a a _____ il _____,
dipendente dell'A.T.S di Brescia nel profilo di Dirigente Medico _____ con incarico
dirigenziale di Responsabile UOS Cronicità e Fragilità,
consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o
mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

dichiara,

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013:

Incarichi e cariche (barrare la casella di interesse)

di **non** svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione.
ovvero

di **avere in essere** i seguenti incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di riferimento	Compenso complessivo lordo previsto

Attività professionali (barrare la casella di interesse)

di **non** svolgere attività professionali.
ovvero

di svolgere le seguenti attività professionali (compresa attività libero professionale intramoenia):

Attività	Soggetto	Periodo di riferimento	Compenso complessivo lordo previsto

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Risorse Umane dell'A.T.S. di Brescia, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione è resa; di essere altresì informato che, ai sensi dell'art. art. 15 del D.Lgs n. 33/2013 e dell'art. 53 del D.Lgs n. 165/2001, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'amministrazione nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

BRESCIA _____, lì 02/10/2019

IL DICHIARANTE

F.to digitalmente
Dr.ssa Grazia Orizio

Contrassegno Elettronico



TIPO CONTRASSEGNO QR Code

IMPRONTA DOC 6E54ACF18DCBCE889D689B60E74110D8F7079E14C3DBFCAA00F365438B626D3F

Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato p7m: GRAZIA ORIZIO

Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico

Numero Protocollo 0109411/19

Data Protocollo 28/10/2019

Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

URL <https://glifo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/>

IDENTIFICATIVO AT SBS-NML84-256505

PASSWORD ha9CY

DATA SCADENZA Senza scadenza

Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.