

Dichiarazione sostitutiva di certificazione, relativa allo
svolgimento di attività professionali, compresa ALPI

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013
(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mmm.ii.)

Il/La sottoscritto/a _____ SCHIVARDI MARIA ROSA _____ - matr. _____
nato/a a _____ il _____
in servizio in qualità di dipendente dell'A.S.L. di Brescia nel profilo di MEDICO _____
titolare del seguente incarico dirigenziale RESP UO MEDICINA PREVENTIVA NELLE
COMUNITA' E SCREENING_

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) e dell'art. 41, comma 3 del D.Lgs. n. 33/2013 :

di non svolgere alcuna attività professionale (con l'esclusione, tuttavia, delle attività formalmente autorizzate dall'ASL di Brescia ai sensi del "Regolamento aziendale delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte del personale dipendente" approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 692 del 29.12.2009);

oppure

lo svolgimento delle seguenti attività professionali, ivi comprese le prestazioni professionali svolte in regime intramurario (con l'esclusione, tuttavia, delle attività formalmente autorizzate dall'ASL di Brescia ai sensi del "Regolamento aziendale delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte del personale dipendente" approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 692 del 29.12.2009):

<i>Ente presso il quale si svolge prestazione professionale</i>	<i>Periodo di svolgimento della prestazione</i>	<i>Oggetto della prestazione e compenso complessivo lordo previsto</i>

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Risorse Umane dell'A.S.L. di Brescia, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

BRESCIA lì ___10___/___09___/2014___

IL DICHIARANTE

Dott. Maria Rosa Schivardi
Documento firmato digitalmente

Quanto sopra anche ai fini della pubblicazione della presente autodichiarazione sul sito internet dell'Azienda, come prescritto dal D.Lgs. n. 33/2013.