Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Sede

Modello di dichiarazioni ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 *"Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali".*

ANNO 2018

Il/La sottoscritto/a…Dr. Maurizio Benifei…….

…….

Direttore / Responsabile …S.O.D. Ortopedia e Traumatologia…….....
(*Specificare la titolarità dell'incarico: Dipartimento/U.O.C./U.O./SOD)*

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R.. 445/2000, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci contenuti nella dichiarazione

DICHIARA

1) di ricoprire le seguenti altre cariche, presso enti pubblici o privati, e i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti [art. 14, comma 1, lettera d) d.lgs. n. 33/2013]:

Ente/Società	***Carica***	***Compensi***	***Annotazioni***
xxxxxxx		xxxxxxxxxxxxxxxxx	

2) di ricoprire i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi spettanti [art. 14, comma 1, lettera e) d.lgs. n. 33/2013]:

Ente/Società	***Carica***	***Compensi***	***Annotazioni***
xxxxxxxxx		xxxxxxxxxxxxxxxxx	

3) gli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica [art. 14, comma 1 *ter* d.lgs. n. 33/2013]:
(tutti gli emolumenti a carico della finanza pubblica non presenti nelle varie voci del cedolino stipendiale)

Anno di competenza	***Ammontare***
xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del d.lgs.. 30/06/2003, n. 196 e art. 13 GDPR 679/16

Tali dati saranno utilizzati per il periodo e per le finalità del d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm., che prevede la pubblicazione sul sito istituzionale dell'AOUP.

Data __19/08/2019_____

Firma del Dichiarante