AZIENDA Ospedaliero Universitaria Pisana	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a____Klizia Antonelli_____
consulente/collaboratore presso l'AOU Pisana per l'attuazione del progetto/attività oggetto dell'incarico di cui alla delibera D.G. n. del
avvalendomi delle disposizioni in materia di autocertificazione di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 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, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, co. 1, del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 (Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e del Codice di comportamento aziendale.

DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità

X di non svolgere **ex art. 15 comma 1 lettera C del D. lgs n. 33/2013**
incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

☐ di svolgere **ex art. 15 comma 1 lettera D del D.lgs n. 33/2013**
incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

Incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione	Data di conferimento e durata dell'incarico

☐ di non svolgere altre attività professionali:

X di svolgere le seguenti attività professionali:

Ente presso il quale svolge la prestazione professionale	Dal_____al_____	Oggetto della prestazione
Laboratorio analisi Medical Spuri – Civitavecchia	01/10/2020 ad oggi	Consulenza su chiamata
Poliambulatorio Praecilia – Manziana	22/11/2020 ad oggi	Consulenza su chiamata

☐ Altro

X di non avere rapporti di collaborazione, diretti o indiretti, in qualunque modo retribuiti con soggetti privati che hanno interessi in attività o decisioni inerenti al progetto di collaborazione, limitatamente alle attività affidate **ex art. 15 comma 1 lettera D del D.lgs n. 33/2013.**

☐ di avere rapporti di collaborazione, diretti o indiretti, in qualunque modo retribuiti con soggetti privati che hanno interessi in attività o decisioni inerenti al progetto di collaborazione, limitatamente alle attività affidate **ex art. 15 comma 1 lettera D del D.lgs n. 33/2013.**

Durata dell'incarico dal al	Denominazione soggetto privato	Tipologia di rapporto di collaborazione	Retribuito (SI/NO)

Le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR n. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al l'U.O. Politiche e Gestione Delle Risorse Umane dell' A.O.U. Pisana, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra Dichiarata.

Pisa, li___31/5/2022_____ In fede

_____