

**U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane**  
**S.CHIARA**  
Tel.050996378 fax.050996362

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

La sottoscritta **MONICA RIGNANESE**

consulente/collaboratore presso l'AOU Pisana per l'attuazione del progetto/attività oggetto dell'incarico di cui alla delibera D.G. n. 174 del 16/02/2024 IE  
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

☒ 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 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                                                                                                                      |                                             |
|                                                                                                                      |                                             |
|                                                                                                                      |                                             |
|                                                                                                                      |                                             |

**U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane**
**S.CHIARA**
**Tel.050996378 fax.050996362**
☐ di non svolgere altre attività professionali

☐ di svolgere le seguenti attività professionali:

| Ente presso il quale svolge la prestazione professionale | Dal _____ al _____ | Oggetto della prestazione |
|----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
|                                                          |                    |                           |
|                                                          |                    |                           |
|                                                          |                    |                           |

**X** Altro DI SVOLGERE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

**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 dal | dell'incarico 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.

**U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane***S.CHIARA**Tel.050996378 fax.050996362*

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'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 13/03/2024

In fede

MONICA RIGNANESE

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 la informiamo in merito al trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento relativo all' instaurazione e gestione del rapporto di lavoro. La informiamo che il Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana in persona del Direttore Generale. La base giuridica del trattamento dei dati raccolti per la finalità indicata è da rinvenirsi nell'art. 6 par. 1 lett.c e lett. e, art. 9 par. 2 lett. b del Regolamento (UE) 2016/679. I dati acquisiti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 al Titolare del trattamento, nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Potrà reperire l'informativa completa su [www.ao-pisa.toscana.it/privacy](http://www.ao-pisa.toscana.it/privacy).*