

di svolgere le seguenti attività professionali

Ente presso il quale si svolge la prestazione	Dal _____ al _____	Oggetto della prestazione

- ☒ Altro: ASSEGNO DI RICERCA C/O DIPARTIMENTO DI RICERCA TRASQUARALE E DELLE NUOVE TECNOLOGIE IN MENNA E GUERRELLA DELL'UNIVERSITA' DI PISA
- ☒ coperto libero professionista C/O CENTRO DI RIABILITAZIONE PLUS TERME DI CASCIANA
- ☒ coperto libero professionista C/O PSIOFOTOGRAFIA VALDESA CON INCARIC DIRETTORE SANITARIO
- ☐ 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 P.U.O. Trattamento Contributi e Fiscali e Gestione Collaborazioni Esterne dell'AOU Pisana, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Pisa, li 18/12/18