

Att. 5)

# ASLBA

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15 C. 1 LETT. C) DEL D. LGS. N. 33/2013  
(dichiarazione sostitutiva di notorieta' ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto LAURA FAURETTI nato a AGORNO Prov. (BL)  
il 19.3.56 CF. FURLRAS465PA08W in relazione all'incarico (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COMMISSARIO CONCORSO INCARICO  
DIRITTORI UOL OST-GIN ASL BARI

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D. Lgs n. 33/2013

## SEZIONE I - INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi o di essere titolare delle seguenti cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare anche il compenso percepito):

---



---



---



---

## SEZIONE II - ATTIVITA' PROFESSIONALE

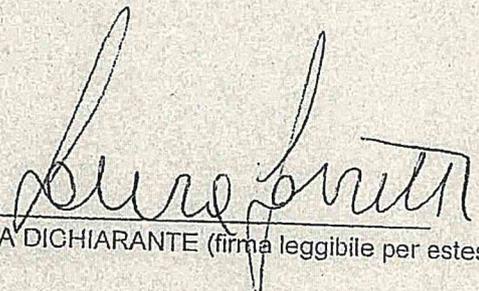
- b)  di non svolgere attività professionali
- di svolgere le seguenti attività professionali:  
 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA  
(in caso di attività libero-professionale intramuraria, non è necessario indicarne il compenso)
- ALTRO \_\_\_\_\_

# ASLBA

Dichiara inoltre:

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 12 del D. Lgs n. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. C) del D. Lgs n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'amministrazione in apposita sezione di Amministrazione Trasparente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla ASL BA ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Bari, 25/5/2021

  
IL /LA DICHIARANTE (firma leggibile per esteso)

\*\*\*allegato documento identità personale