

**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 notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto **PIERLUIGI ROSSI** nato a **BARI (BA)** il **08/03/1966** CF. **RSSPLG66C08A662E** in relazione all'incarico (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) **di difesa della ASL BA nel giudizio R.G. n. 13732/2017 promosso dinanzi al Tribunale di Bari dai sigg. P.F. e P.V.**

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**

a)  di non svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

ovvero

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

ovvero

di svolgere le seguenti attività professionali:

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

(in caso di attività libero-professionale intramuraria, non è necessario indicarne il compenso)


ALTRO \_\_\_\_\_



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, 8 ottobre 2021

  
IL /LA DICHIARANTE (firma leggibile per esteso)

\*\*\*allegato documento identità personale



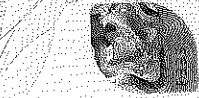


REPUBBLICA ITALIANA  
MINISTERO DELL'INTERNO  
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD  
COMUNE DI / MUNICIPALITY

CA61949BY



COGNOME / SURNAME  
ROSSI  
NOME / NAME  
PIERLUIGI  
LUOGO E DATA DI NASCITA  
PLACE AND DATE OF BIRTH  
BARI (BA) 08.03.1966  
SESSO / SEX  
M  
STATURA / HEIGHT  
184  
EMISSIONE / ISSUING  
07.09.2018  
FIRMA DEL TITOLARE  
HOLDER'S SIGNATURE



CITTADINANZA  
NATIONALITY  
ITA  
SCADENZA / EXPIRY  
08.03.2029

000782