

**Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari**  
**AREA GESTIONE RISORSE UMANE**  
**U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI E GESTIONE DEL RUOLO**  
**P.I. e C.F. 06534340721**

**DICHIARAZIONE DELL’AFFIDATARIO DI INCARICO DI CONSULENZA E/O COLLABORAZIONE**

Il sottoscritto Delcuratolo Elvira nato/a Trani il 11/01/1996 C.F. DLCLVR96A51L328D

consapevole che le dichiarazioni false comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste nell’art. 76 del DPR n. 445/2000, dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato DPR, che le informazioni riportate di seguito corrispondono a verità e segnatamente, con riferimento all’incarico conferito al sottoscritto, ai sensi dell’art.53 D.Lgs. n. 165/2001, con provvedimento /nota n. 640 del 13/04/2021 :

- a) che non sussistono cause di incompatibilità e/o conflitto d’interesse, di cui all’art. 53, comma 14, D.lgs. n. 165/2001;
- b) ai sensi dell’art.15, c.1, D.Lgs. n. 33/2013, i dati relativi ai seguenti altri incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla p.a. sono i seguenti

---

---

---

- c) ai sensi dell’art. 15, c. 1, D.Lgs. n. 33/2013 i dati relativi allo svolgimento di altre attività professionali sono i seguenti:

---

---

---

- d) che non sussistono motivi ostativi al conferimento dell’incarico di collaborazione a norma dell’art. 7, c. 8, D.Lgs. n. 165/2001.

Dichiara, altresì, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e curriculum vitae.

BARI 20/05/2021

IL COLLABORATORE PROFESSIONISTA

In fede  
