

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
CONSULENTI E COLLABORATORI  
(ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

Il sottoscritto Vito Aurelio Pappalepore, nato a Bari il 04.11.1962, residente a Bari alla Via Pizzoli n. 8 - tel. 080/5248707 - cell. 3296228776 - e-mail: v.a.pappalepore@libero.it, in qualità di *Avvocato*,

con riferimento all'incarico conferito con:

- deliberazione del Direttore Generale n. 1319 del 04/11/2024;  
 determinazione dirigenziale Area/UO \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

- Visto l'art. 53, co. 14 del D.Lgs n. 165 del 30/03/2001- Incompatibilità, cumolo di impieghi e incarichi;
- Visto l'art. 15, co. 1 del D.Lgs n. 33 del 14/03/2013 – Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza;
- Consapevole delle conseguenze in punto di decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, richiamate dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;
- Consapevole, altresì, delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità;

**DICHIARA**  
(barrare con una crocetta il campo di interesse)

**Ai sensi dell'art. 53, co. 14, D.Lgs n. 165/2001**

- Di NON trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi rispetto all'incarico di collaborazione/consulenza conferito dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari;

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

- Di NON svolgere incarichi, di NON rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. né di svolgere attività professionali;

*ovvero*

- Di svolgere i seguenti incarichi o di essere titolare delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

Oggetto CARICA/INCARICO	ENTE CONFERENTE	PERIODO DI SVOLGIMENTO CARICA/INCARICO	COMPENSO

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

- Di NON svolgere attività professionali;  
*ovvero*  
 Di svolgere le seguenti attività professionali:

Attività professionale svolta
AVVOCATO

**DICHIARA altresì**  
**(barrare con una crocetta il campo di interesse)**

<input checked="" type="checkbox"/> Di aver preso conoscenza del <u>Codice di Comportamento</u> dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, pubblicato on line sul sito istituzionale, alla Sezione Amministrazione Trasparente;
<input checked="" type="checkbox"/> Di essere informato/a che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, nella Sezione Amministrazione Trasparente/sotto-sezione Consulenti e Collaboratori, unitamente al proprio curriculum vitae ed ai compensi relativi all'incarico conferito;
<input checked="" type="checkbox"/> Di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
<input checked="" type="checkbox"/> Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei propri dati personali contenuti nella presente dichiarazione e che dovessero sopravvenire alla presente dichiarazione.

Luogo e data  
Bari, 09/12/2024

Il/la dichiarante  
(Firma leggibile per esteso)

VITO  
PAPPALEP  
ORE

Firmato  
digitalmente da  
VITO PAPPALEPORE  
Data: 2024.12.09  
11:06:34 +01'00'