

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

Il sottoscritto Salvatore Monti, nato a Bari il 05.11.1963, residente a Bari alla Via Roberto da Bari n. 112 - tel. 080/5739761 - cell. 336832913 - e-mail: studiologicalemonti@virgilio.it, in qualità di *Avvocato*,

con riferimento all'incarico conferito con:

- deliberazione del Direttore Generale n. 1010 del 19/08/2024;
 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 Consorziale 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

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, 4.9.26

Il/la dichiarante
(Firma leggibile per esteso)

