



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI/TITOLARITA' DI CARICHE/ ATTIVITA' PROFESSIONALI

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto DEL VECCHIO MARIO nato a _____ e residente in
a _____ C.F. _____ in qualità di titolare di incarico di lavoro autonomo di
natura professionale di cui alla nota e-mail acquisita al protocollo ARESS n.0003767 del 29/09/2022)

ai sensi dell'art. 15, comma 1, del D. Lgs 33/2013 e dell'art. 53, comma 14, del D. Lgs. 165/2001;

consapevole

- delle conseguenze previste all'art. 75 del D.P.R. 445/2000 nonché delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi di cui all'art. 76 del medesimo decreto;
- dell'obbligo di rispettare i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e di agire in posizione di indipendenza ed imparzialità;

dichiara

- X di non svolgere incarichi o essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

oppure

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

Denominazione ente	P.A. regolatrice o finanziatrice	Natura dell'incarico/carica	Data conferimento incarico/carica

- di non svolgere attività professionale;

oppure

- di svolgere le attività professionali di seguito indicate:

tipo di attività	Periodo di svolgimento

Si impegna

a comunicare, tempestivamente, eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso del rapporto di consulenza/collaborazione con l'Agencia.

Luogo e data

MILANO __05/10/2022

Il dichiarante

F.to Mario Del Vecchio

Si allega alla presente copia di documento di riconoscimento in corso di validità.