



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)

La presente dichiarazione è rilasciata dall'interessato/a della consapevolezza che i dati saranno trattati dall'A.Re.S.S. Puglia per le finalità indicate nell'informativa privacy ai sensi dell'art 13 del Reg. UE 679/2016, di cui si dichiara di aver preso visione.

Il/la sottoscritto/a _____ D'Angela Concetta _____ nato/a a _____ il _____
_____ e residente in v. _____ a _____ CF _____
_____ in qualità di _____ assistente sociale _____
nominato/a con _____ delibera _____ n. _____ 209 _____ del
_____ 30/09/2020 _____,

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

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
a.sociale c/o siproimi baiti nuvola consorzio francavilla fontana	03/04/2018 in corso

Si impegna altresì

- a consegnare la presente dichiarazione al Dirigente del Servizio che si avvale della consulenza/collaborazione;
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione al Dirigente del Servizio che si avvale della consulenza/collaborazione.

Luogo e data

Il dichiarante
Concetta D'Angela

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