



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.

La sottoscritta Viti Raffaella__ in qualità di _Medico___ nominata con __Del. Dir. Gen.__ n. 209_ del __30 sett,

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
Asl-Fg	SUPREME-FAMI 2014/2020	Medico	8/5/2020
Asl BT	Sostituz. Diabetologia 13H/sett	Medico	6/2020 a 31/1/2021

di non svolgere attività professionale;

oppure

di svolgere le attività professionali di seguito indicate:

tipo di attività	Periodo di svolgimento
Libera professione	Dal 2010 a tutt'oggi

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

3/11/2020

Il dichiarante
Raffaella Viti

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