

**Dichiarazione in merito allo svolgimento di attività professionale
e/o di titolarità di cariche**

Io sottoscritto

MASIGNI 

nato a



il



DICHIARO

di non avere in corso alcun rapporto professionale,

di avere in corso rapporti professionali con strutture sanitarie private accreditate, e precisamente:

presso la struttura sanitaria di AUSL BOLOGNA

tipologia di attività MEDICO

impegno temporale ; INDETERMINATO

presso la struttura sanitaria di

tipologia di attività

impegno temporale ;

di avere in corso i seguenti rapporti professionali:



di non avere titolarità di cariche in enti di diritto privati regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione

di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione, e precisamente di ricoprire la carica di

presso

di non essere nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 5 – comma 9 del D.L. n. 9 del 6.7.2012, convertito in Legge n. 135 del 7.8.2012: (non essere pensionato da una pubblica amministrazione)

Dichiaro di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art.15 del D.Lgs 33/2013 viene pubblicata nel sito della pubblica amministrazione che ha conferito l'incarico

Allego copia del documento di identità

Sono consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del decreto del presidente della repubblica n. 445 del 2000, della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera nonché della sanzione di Inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D. Lgs n. 8 aprile 2013, n. 39 per un periodo di cinque anni, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (articolo 75 decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000).

Imola,

12/11

IL DICHIARANTE

