

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15 C. 1 LETT. C) DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

La sottoscritta dr.ssa ROSSI Manuela Rosalba nata a BOLIGNA, il 17/01/1983, C.F. ROSMANR33A014K residente a BOLIGNA (Prov. BO) in Via FAMENETI n. 37 c.a.p. 40132

in relazione alla nomina (inserire tipologia e denominazione dell'attività) **CONTRATTO A SEGUITO DI ACCETTAZIONE DI NOMINA QUALE MEDICO COMPETENTE AL FINE DI PROCEDERE ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA E PER L'ESPLETAMENTO DI INCOMBENZE ATTINENTI AGLI ADEMPIMENTI DI CUI AL TESTO UNICO D.Lgs. 81/2008 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA E PREVENZIONE SUL LUOGO DI LAVORO**

che potrà essere conferito alla sottoscritta dal IC 1 DECIMA - PERSICETO, sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs.33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, **ma solo attività libero professionale di Medico competente (vedi sez. II);**
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

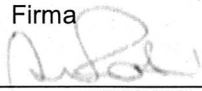
- di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/Società / Studio):
 - Attività libero professionale di MEDICO COMPETENTE presso vari I.C., I.I.S., Licei ed Istituzioni Scolastiche di Bologna e Provincia e ditte private dello stesso territorio _____
 - Attività di Medico Specialista Ambulatoriale interno, a tempo determinato, nella Branchia di Medicina del Lavoro per 15 ore settimanali, presso INAIL di Bologna _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informata, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informata che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dall'Istituto Comprensivo N. 19 di Bologna nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" (depurata dei dati sensibili o soggetti a privacy);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all' IC N. 19 ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Bologna, 28/02/2020

Firma


(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.