

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**(art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/La sottoscritto/a CAVALIERE LUCA nato/a a TORRE DEL GRECO (NA) il 23/10/1972  
residente a FONDI (LT) Via VIA GIOVANNI LANZA, 89 cellulare 3382556688 in servizio presso  
ASL di LATINA in qualità di INFERMIERE

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA:**

dichiara di aver comunicato all'ente di appartenenza il seguente incarico di docenza:

**I disinfettanti** **CFU 0,22**

**L'asepsi e l'antisepsi. La sterilizzazione. Lavaggio antisettico** **CFU 0,60**

in quanto rientrante nelle fattispecie previste dall'art. 53, comma 6 lettera f-bis del D.lgs 165/2001 e s.i.m. e non è sottoposto a regolamentazione limitante dall'ente di appartenenza a favore del Master in Assistenza infermieristica e strumentazione in sala operatoria cod. 28357 – Università degli Studi di Roma – P.le Aldo Moro, 5 – 00185 Roma – CF 80209930587 PI 02133771002.

a tale scopo,

**DICHIARA:**

che l'incarico:

- È stato svolto al di fuori dell'orario di servizio, non comporterà interferenza con l'attività ordinaria e verrà svolta senza l'utilizzo di beni ed attrezzature dell'Ente di appartenenza;
- È stato svolto da Aprile 2017 a Maggio 2017 presso la sala conferenza dell'Ospedale di Formia
- Prevede un compenso lordo di euro 540'00.
- Non sussistono motivi di incompatibilità e insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività dell'ente,
- Non sussistono attribuzioni specifiche (svolgimento di attività della stessa natura, anche in base a rapporto convenzionale, partecipazioni a commissioni) che determinano rapporti con il soggetto che conferisce l'incarico extraistituzionale;
- Che l'evento formativo non avviene per conto di Ditte o Società farmaceutiche o finanziate dalle stesse
- Sarà efficace fino a controllo/verifica sulla veridicità delle dichiarazioni.

**Luogo e data**

**ROMA 15/05/2018**

**Il/La Dichiarante**



L' amministrazione ricevente la dichiarazione ai sensi dell' art. 71 del D.P.R. 445/00, procederà ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata direttamente a copia fotostatica , non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini