

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 **COSTANZO MASSIMO** nato/a a () il 27/07/1971

residente a **SPIGNO SATURNIA (LT)** in via/piazza **VIA G. LEOPARDI, 9**

cellulare **3382238886** in servizio presso **ASL di LATINA** in qualità di **Coordinatore Blocco Operatorio**

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 **TUTOR DI SALA OPERATORIA**, 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 dal mese di Giugno 2017 .al mese di Dicembre 2017 presso l'Ospedale Dono Svizzero di Formia
- Prevede un compenso lordo di euro 300,00.
- 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