

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 art. 15 comma 1, lett.c)

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Prot. 0042775/24 del 09/09/2024

nome

cognome

Il/la sottoscritto/a MARCO

MONEDA

nato/a a BRESCIA

il 13/02/1985

in relazione al conferimento del seguente incarico di **consulenza/collaborazione** presso "ASST del GARDA" in qualità di MEDICO A SUPPORTO DEL SIMT AZIENDALEconsapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, **dichiara** (barrare SOLO le caselle che interessano), sotto la propria personale responsabilità, quanto segue, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 sopracitato: di **non svolgere** incarichi o di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione di **non svolgere** altre attività professionali

oppure

 di **svolgere** i seguenti incarichi o di essere titolare delle seguenti cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Descrizione carica/incarico ricoperto	Ente

 di **svolgere** la/le seguenti attività professionali:

Descrizione attività	Note
Medico Ip area prelievi esterni	ASST SPEDALI CIVILI
Medico Ip AVIS	AVIS BRESCIA
Medico Ip Termale	Provincia di Brescia

 dichiaro altresì che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi

in alternativa

 dichiaro di impegnarmi a rimuovere eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione, dandone immediata comunicazione per iscritto all'Ufficio Protocollo di questa Azienda.Il/la sottoscritto/a -preso atto dell'informativa predisposta dall'A.S.S.T. del Garda, consultabile sul sito internet [www.asst-garda.it](http://www.asst-garda.it) alla sezione privacy- esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati in conformità a quanto dalla stessa previsto e nel rispetto del G.D.P.R. 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali).

li PASSIRANO

06/09/2024

F.to

MONEDA MARCO

luogo

data

nome cognome

Allega alla presente dichiarazione copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.