

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a Nome Cognome, in qualità di Direttore della SC Prestazioni sanitarie e Coordinamento e Controllo delle Reti Cliniche dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 14, comma 1, lettere d), e) del D.Lgs. n. 33/2013

- di ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici o privati ed i relativi compensi:

CARICA	ENTE	COMPENSO

- di svolgere i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i relativi compensi:

INCARIO	ENTE	COMPENSO

- di **non** ricoprire cariche presso enti pubblici o privati;
 di **non** ricoprire incarichi con oneri a carico della finanza pubblica;

Infine, si impegna a rendere tempestivamente nuova dichiarazione all'insorgere di situazioni diverse da quelle sopra dichiarate.

Infine, DICHIARA

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, 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 informato che, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'ente in apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Udine lì 25/09/2024

Firma