



UNITA OPERATIVA COMPLESSA
RISORSE UMANE

DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI E COMUNICAZIONE ALIQUOTA CONTRIBUTIVA

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione Art. 46 del D.P.R. 23/12/2000 N°443)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

Cognome NOVELLO

Nome LUIGI

Codice Fiscale

P.I.

DICHIARA DI SVOLGERE (oltre all'Ulss 8 Bergamo)

Offerta Medica in U.O. di Rehab. Centro

- altre attività di lavoro autonomo (Arti o professioni ai sensi art. 5 DPR 633/72) SI NO
- altre attività di impresa (art. 4 DPR 633/72) SI NO
- altra collaborazione coordinata e continuativa (Art. 49 DPR 917/86) SI NO
- altro lavoro occasionale (Art. 81 lett. 1 e DPR 917/86) SI NO
- lavoro dipendente (indicare il datore di lavoro con l'indirizzo): SI NO

presso Centro Medico G.H. di ARZIGNANO e REHABILITATION CENTER A. CIRLEDO VIO.

Con riferimento a quanto sopra dichiarato e ferme restando le valutazioni aziendali inerenti l'instaurando rapporto professionale, il sottoscritto

SI OBBLIGA ED IMPEGNA

a rispettare il proprio codice di deontologia professionale, con particolare riferimento ad eventuali situazioni di conflitto di interessi, nonché ad operare nel rispetto del principio di correttezza (art. 1175 c.c.) e buona fede nell'esecuzione del contratto (art. 1375 c.c.) ed

ATTESTA

l'assenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (art. 53, comma 14 D.Lgs. 165/2001)

SI IMPEGNA

altresi a comunicare all'Azienda in via preventiva l'insorgere di eventuali situazioni, anche potenziali di conflitto d'interesse.

Data 14/12/20

Firma

Per eventuali valutazioni di parte dell'Azienda su incompatibilità, nonché conflitto d'interesse:

Il Direttore/Responsabile di Area/Servizio