



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO BARI - GIOVANNI XXIII

DICHIARAZIONE DELL'AFFIDATARIO DI INCARICO
DI CONSULENZA E/O COLLABORAZIONE

Il sottoscritto, **MONTEFUSCO TOMMASO**, nato
a **BARI** il **16 APRILE 1948**, C.F. **MNTTMS48D16A662K**

consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R., che le informazioni riportate di seguito corrispondono a verità e segnatamente, con riferimento all'incarico conferito al sottoscritto, ai sensi dell'art. 53, d. lgs. 165/2001, con delibera n. 1138 del 07/11/2022

☒ che non sussistono cause di incompatibilità e/o conflitto di interesse, di cui all'articolo 53, comma 14, d.lgs.165/2001;

b. ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), d. lgs. 33/2013, i dati relativi ai seguenti altri incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla p.a. sono i seguenti:

_____ NO _____

☒ ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), d. lgs. 33/2013, i dati relativi allo svolgimento di altre attività professionali sono i seguenti:

_____ NO _____

☒ che ~~non sussistono~~ motivi ostativi al conferimento dell'incarico di collaborazione a norma dell'articolo 7, comma 6, del decreto legislativo n. 165/2001;

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e *curriculum vitae*.

Bari,

IL PROFESSIONISTA

In fede