



**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013**

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ LAURA FEDERICA CONFALONIERI \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ DESIO \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 21/12/1996 \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ CNFLFD96T61D286G \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ DESIO \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ GALILEO GALILEI 40 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ 3757458360 \_\_\_\_\_  
in relazione all'incarico presso l'ASST Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)  
\_\_\_\_\_ TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA DI NATURA LIBERO  
PROFESSIONALE \_\_\_\_\_  
con decorrenza dal \_\_\_\_\_ 01/01/2025 \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ 31/12/2025 \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D. Lgs. n. 33/2013:

**INCARICHI - TITOLARITA' DI CARICHE - ATTIVITA' PROFESSIONALE**

- di non svolgere incarichi o di non avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione e di non svolgere attività professionale;
- di svolgere i seguenti incarichi o di avere titolarità di cariche - in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione - o di svolgere la seguente attività professionale (indicare la **TIPOLOGIA** dell'incarico/carica,/attività professionale, denominazione dell'Ente/Società/studio, durata dell'incarico/carica)
  1. \_\_\_\_\_ DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO, LIVELLO D2, TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA, TRE EFFE COOPERATIVA SOCIALE ONLUS, DA FEBBRAIO 2022 A PRESENTE \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_ NEUROPSICOMOTRICISTA DOMICILIARE IN MISURA B1, CONSORZIO SANLAB (SEREGNO), IN LIBERA PROFESSIONE, DA APRILE 2021 A PRESENTE \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003, 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, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Brianza nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_ 23/12/2024 \_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_ F.TO LAURA FEDERICA CONFALONIERI \_\_\_\_\_

*La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:*

- La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

*Data \_\_\_\_\_ Firma del dipendente \_\_\_\_\_*

- L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
ALLEGATO C compilato LP_Dichiarazione svolgimento incarichi attività professionale rev03 (MO 118) (6).doc	19/06/2024	03	Pagina 1 di 1