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 Florea Cristina
_____
nato/a a _____Romania _____ il _____07/04 /1972_____ C.F.
_____ residente a _____ Via
_____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
_____Infermiere
_____
con decorrenza dal _____01/12/2024_____ al _____30/06/2025 _____

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. _____
   ___
2. _____
   ___
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 ____26/05 /2025 ILCristina DICHIARANTE _____Florea
_____ _____

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).*