

NDV A
DIS. ALA PERSONA
"Don Giovanni Silvestri"
ARRIVO
Prot. 921
Data 11/11/2017

Dichiarazione sostitutiva atto notorietà
(art. 47 DPR 445 DEL 28.12.2000)

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), D.Lgs 33/2013 e
ai sensi dell'art. 20 comma 5, del D.Lgs, n. 39 del D. Lgs. 8 aprile 2013 n. 39

Al Responsabile Trasparenza dell'ASP
"Don Giovanni Silvestri"
Castellana Grotte

Il sottoscritto _____ BARTOLOMEO ALLEGRINI _____ nato a _____ PUTIGNANO _____ Prov (BA _____)
il _____ 27/08/64 _____ CF. _____ LLGBTL64M27H096O _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

**Ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs 33/2013 e
ai sensi dell'art. 20, comma 5 del D.Lgs 39/2013**

in relazione al conferimento dell'incarico di Coordinatore sanitario della RSSA "Don Giovanni Silvestri"

a) di non svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi o di essere titolare delle seguenti cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare anche il compenso percepito):

b) di non svolgere attività professionali

ovvero

di svolgere le seguenti attività professionali: (indicare anche il compenso percepito):

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

(in caso di attività libero-professionale intramuraria, non è necessario indicarne il compenso)

ALTRO _____ OMEOPATA COMPENSO 50,000€ LORDI ANNUI _____

c) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità / inconfiribilità di cui al D.Lgs n. 39/2013 in relazione all'incarico dirigenziale di cui sopra.

Dichiara inoltre:

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. C) del D.Lgs 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'amministrazione in apposita sezione di Amministrazione Trasparente

MONOPOLI 09/11/17

IL /LA DICHIARANTE (firma leggibile per esteso)

***allegato documento identità personale

Cognome ALLEGRIANI
 Nome BARTOLOMEO
 nato il 27 agosto 1964
 (atto n. 500 P 1 S A
 a PUTIGNANO (BA
 Cittadinanza Italiana
 Residenza MONOPOLI
 Via Via FILIPPO TURATI 1
 Stato civile CONIUGATO
 Professione MEDICO CHIRURGO
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI
 Statura 1,72
 Capelli BRIZZOLATI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari

Firma del titolare
 MONOPOLI
 h. 25 ott 2011

IL SINDACO
 SINDACO
 MANGIACCI



Cognome ALLEGRIANI
 Nome BARTOLOMEO
 nato il 27 agosto 1964
 (atto n. 500 P 1 S A
 a PUTIGNANO (BA
 Cittadinanza Italiana
 Residenza MONOPOLI
 Via Via FILIPPO TURATI 1
 Stato civile CONIUGATO
 Professione MEDICO CHIRURGO
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI
 Statura 1,72
 Capelli BRIZZOLATI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari

Firma del titolare
 MONOPOLI
 h. 25 ott 2011

IL SINDACO
 SINDACO
 MANGIACCI



