

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

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

Il/La sottoscritto/a AVV. FABIO AMICI

nato/a a FOLIGNO (PG), il 07/03/1968, C.F. MCAFBA68C07D653X

residente a PERUGIA (Prov. PG) in Via BONACCIA n. 3 c.a.p. 06122

in relazione all'incarico di (inserire tipologia e denominazione dell' incarico, estremi atto di conferimento)

PROCEDURA DI MEDIAZIONE N 488/2020 – ATTO DI CONFERIMENTO: DELIB. C.S. N. 2099 DELL'1.12.2020

conferito al sottoscritto/a dall'Azienda Ospedaliera di Perugia,

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

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

- INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

- ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PROFESSIONE DI AVVOCATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e ss. mm. ii., che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e in particolare ai fini degli adempimenti di pubblicità e trasparenza di cui all'art. 15 D.Lgs. n. 33/2013 e ss. mm. ii., e pertanto di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali nei termini e per le finalità sopra indicati.

Luogo e data: Perugia, 2 dicembre 2020

 Firma

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.