



Il/La _____ sottoscritto/a MARZONI LUIGEO nato/a a _____
Prov. _____, in riferimento all'incarico libero professionale/di collaborazione in
qualità di MEDICO LE VACCINAZIONI per il periodo
_____ presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Crema ed in relazione
alle disposizioni contenute nel D. Lgs. n. 165/2001, nella L. 190/2012, nel D. Lgs. n. 33/2013 e nel DPR
62/2013

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

DICHARA

- di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica o di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- di non aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;
- di non essere sottoposto a misure di prevenzione e quant'altro previsto dalle leggi antimafia;
- di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale;

DICHIARA altresì

1) Ai sensi dell'art.15 del Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33:

- ☒ di **NON** essere titolare di incarichi o cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;
- oppure*

- ☐ di essere titolare dei seguenti incarichi o cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Pubblica amministrazione:		
Incarico /Carica ricoperta	Ente ove si esercita l'incarico/ carica	Durata
1		
2		
3		

2) Ai sensi dell'art.15 del Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33:

- ☐ di **NON** svolgere altre attività professionali presso enti pubblici o di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ;

oppure

- ☒ di svolgere le seguenti altre attività professionali presso enti pubblici o di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

attività	Ente ove si esercita l'attività	Durata
1 SPIC. GINECOLOGICO	SANITAS SRL	2000000
2		
3		

<p>Sistema Socio Sanitario</p> <p>Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p>	<p>Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art.15 del D.Lgs. n. 33/2013 (da applicare a incarichi libero professionali – incarichi di consulenza – co.co.co.)</p>	<p>Vers. 1/2014</p> <p>pag. 2</p>
--	---	-----------------------------------

3) Ai sensi dell'art. 5 del DPR n. 62/2013:

☒ di **NON** appartenere ad associazioni od organizzazioni (esclusi partiti politici e sindacati) i cui interessi siano anche solo indirettamente connessi allo svolgimento delle funzioni di ufficio ;
oppure

☐ di appartenere ad associazioni od organizzazioni (esclusi partiti politici e sindacati) i cui interessi sono anche solo indirettamente connessi allo svolgimento delle funzioni di ufficio

4) Ai sensi dell'art. 6 del DPR n. 62/2013:

☒ di **NON** trovarsi nelle situazioni di conflitto d'interessi di cui al succitato art.6 (avere avuto nell'ultimo triennio in prima persona, o propri parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente, rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti, con soggetti privati che abbiano interessi in attività, decisioni dell'ufficio/struttura di assegnazione) ;
oppure

☐ che, in capo alla propria persona, o propri parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente, sono esistiti e/o sussistono rapporti di collaborazione con i seguenti soggetti privati aventi interessi in attività, decisioni dell'ufficio/struttura di assegnazione):

5) Ai sensi dell'art. 1, c^471 e ss . L. 27/12/2013 n.147 (in materia di limiti alle retribuzioni e ai trattamenti pensionistici):

☐ di **NON essere titolare** di trattamenti pensionistici erogati da gestioni previdenziali obbligatorie pubbliche (compresi vitalizi derivanti dallo svolgimento di funzioni pubbliche elettive) ;
oppure

☒ di **essere titolare** dei seguenti trattamenti pensionistici erogati o da gestioni previdenziali obbligatorie pubbliche (compresi vitalizi derivanti dallo svolgimento di funzioni pubbliche elettive)

Tipologia trattamento	Ente erogante	Importo lordo annuo
PENSIONE	ENPAM	

si impegna, nel periodo di validità dell'incarico. a comunicare eventuali variazioni alle predette dichiarazioni.

Data,

15/7/2021

Firma ____