

**Dichiarazione in merito allo svolgimento di attività professionale e/o di titolarità di cariche**  
 ex art. 15 – comma 1 – lett. c) del decreto 33/2013

Io sottoscritto STRAZZARI ANNA

nato a MEDICINA (BO)

il 14/7/1973

**DICHIARO**

1_ Prestazioni professionali in regime intramurario	<input checked="" type="radio"/>	di <b>non svolgere</b> prestazioni professionali in regime intramurario
		di svolgere prestazioni professionali in regime intramurario
2_ Altri rapporti professionali	<input checked="" type="radio"/>	di <b>non avere</b> in corso altri rapporti professionali
	<input type="checkbox"/>	di avere in corso rapporti professionali con strutture sanitarie private accreditate e non , e precisamente: presso la struttura sanitaria di _____ tipologia di attività _____ Impegno temporale _____
	<input type="checkbox"/>	di avere in corso i seguenti rapporti professionali: _____ _____
3_ titolarità di cariche in enti di diritto privati regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione	<input checked="" type="radio"/>	di <b>non avere</b> titolarità di cariche in enti di diritto privati regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione
	<input type="checkbox"/>	di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione, e precisamente di ricoprire la carica di _____ _____ presso _____

Dichiaro di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art.15 del D.Lgs 33/2013 viene pubblicata nel sito della pubblica amministrazione che ha conferito l'incarico.

Sono consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda U.S.L. in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs.°196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda U.S.L. di Imola, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

Imola, \_25/08/2022\_\_

IL DICHIARANTE  
 F.to. Anna Strazzari  
*Modulo 4 dichiarazione attività professionali/cariche*