

**DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI E COMUNICAZIONE ALIQUOTA CONTRIBUTIVA**

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione ART. 46 del D.P.R. 28.12.2000 N.445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

Cognome FRANCESCHINI Nome ANNACodice Fiscale omissis P.I. \_\_\_\_\_**DICHIARA DI SVOLGERE (oltre all'Ulss 8 Berica)**

- |   |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - altre attività di lavoro autonomo (Arti o professioni ai sensi art. 5 DPR 633/72) | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - altre attività di impresa (art. 4 DPR 633/72)                                     | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - altra collaborazione coordinata e continuativa (Art. 49 DPR 917/86)               | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - altro lavoro occasionale (Art. 81 lett. I e DPR 917/86)                           | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - lavoro dipendente (indicare il datore di lavoro con l'indirizzo):                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
- presso Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
APSS - Trento

Con riferimento a quanto sopra dichiarato e ferme restando le valutazioni aziendali inerenti l'instaurando rapporto professionale, il sottoscritto

**SI OBBLIGA ED IMPEGNA**

a rispettare il proprio codice di deontologia professionale, con particolare riferimento ad eventuali situazioni di conflitto di interessi, nonché ad operare nel rispetto del principio di correttezza (art. 1175 c.c.) e buona fede nell'esecuzione del contratto (art. 1375 c.c.) ed

**ATTESTA**

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (art. 53, comma 14 D.Lgs. 165/2001).

**SI IMPEGNA**

altresì a comunicare all'Azienda in via preventiva l'insorgenza di eventuali situazioni, ancorchè potenziali di conflitto d'interesse.

Data 09.06.2021

Firma

Firma oscurata ai sensi delle linee guida del  
Garante per la Privacy

Per eventuali valutazioni da parte dell'Azienda su incompatibilità/inconferibilità/conflitto d'interesse:

Il Direttore/Responsabile di Area/Servizio \_\_\_\_\_