

**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 GNÈSOTTO Nome LAURA

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ 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 | NO |
| - altre attività di impresa (art. 4 DPR 633/72)                                     | SI | NO |
| - altra collaborazione coordinata e continuativa (Art. 49 DPR 917/86)               | SI | NO |
| - altro lavoro occasionale (Art. 81 lett. I e DPR 917/86)                           | SI | NO |
| - lavoro dipendente (indicare il datore di lavoro con l'indirizzo):                 | SI | NO |

presso \_\_\_\_\_ Specializzanda (IV anno) presso Clinica Dermatologica dell' Università di Padova, Via Gallucci 4, 35121, Padova \_\_\_\_\_

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 18/12/23

Firma \_\_\_\_\_

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

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