

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

Oggetto: dichiarazione dati **anagrafici** e comunic.
Aliquota contr. per non dipendenti.

Data revisione:
Gennaio 2017

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA
RISORSE UMANE

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 D'AMELIO Nome ANGELO

DICHIARA DI SVOLGERE (oltre all'Ulss 8 Berica)

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

presso * ACCERTAMENTI MEDICINA DEL LAVORO E MEDICINA
ESTETICA c/o CHECKPOINT SRL TRISSINO, FORMAZIONE
PRIMO SOCCORSO IN UBERTA PROFESSIONE

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

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

Data 25/01/2024

Firma _____

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

Il Direttore/Responsabile di Area/Servizio