

Il/la sottoscritto/a DOTT. PRODI PAOLOnato/a SONDRIO il 05/10/1956in servizio presso l'ATS della Montagna in qualità di DIRIGENTE MEDICOtitolare del seguente incarico dirigenziale DIRETTORE D.P. CURE PRIMARIE ESC. AREA MEDICA DI BASE

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

☒ di non svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;☐ di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Incarico	Ente	Periodo	Compenso/note

☒ di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;☐ di essere titolare delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Incarico	Ente	Periodo	Compenso/note

☐ di non svolgere attività professionali;☒ di svolgere attività professionali come di seguito indicate:

Incarico	Ente	Periodo	Compenso/note
<u>L.1. P.</u>	<u>ATS Sondrio</u>	<u>3 L. / sett.</u>	<u>100 € / visita</u>

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data SO - 14/2/22 Il Dichiarante (firma leggibile) [Firma]

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 e dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione su sito aziendale.

Luogo e data SO - 14/2/22 Il Dichiarante (firma leggibile) [Firma]

Allegato: documento d'identità