

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI
 (resa ai sensi art.47 DPR 445/2000)

I DATI FORNITI SARANNO PUBBLICATI SUL SITO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA IN OSSERVANZA DELLA NORMATIVA VIGENTE

Il sottoscritto ANTONIO DIMATTEO, nato a GROTTAGLIE prov. (TA) il 11.12.1982 e residente ad Ancona in Piazza Cavour n. 8, Codice Fiscale DMTNTN82T11E205B, in riferimento al patrocinio legale in favore dell'Azienda Sanitaria Territoriale - AST Pesaro Urbino e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

con riferimento all'art. 15 comma 1 lett. c) D.Lgs. 33/2013

- di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
 OVVERO
 di svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione come di seguito descritto:

NOME ENTE	SEDE ENTE	CODICE FISCALE	INCARICO	DURATA	GRATUITA' (SI/NO)
AST Ancona - Gestione liquidatoria ex Asur Marche	Ancona	02938930423	Legale esterno in n. 13 giudizi (attualmente pendenti) avanti al giudice del lavoro	indefinita	no
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche	Ancona	01464630423	Legale esterno in un giudizio civile	indefinita	no

di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

OVVERO

di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione come di seguito descritto:

NOME ENTE	SEDE ENTE	CODICE FISCALE	CARICA	DURATA	GRATUITA' (SI/NO)

di NON svolgere attività professionali

OVVERO

di svolgere le seguenti attività professionali:

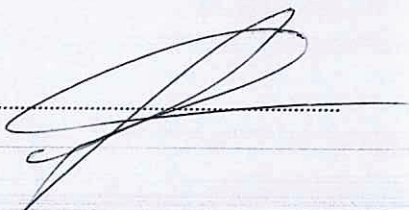
ATTIVITA' PROFESSIONALE	DATA INIZIO SVOLGIMENTO ATTIVITA'	NOTE
Avvocato	Iscrizione albo Avvocati di Ancona dal novembre 2011	

Si impegna, infine, a comunicare tempestivamente alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Territoriale - AST Pesaro Urbino ogni eventuale variazione a quanto sopra dichiarato.

Si allega: fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Data 13.02.2023

Firma.....

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right, positioned over a dotted line.

