

**DOCUMENTO COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE**

**Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1 lett. C) del D. Lgs 33/2013**

Il/la sottoscritto FULVI FRANCESCA nato/a.....(.....)  
Il 05/03/1996 ..... e residente a .....(.....)  
in Via..... n. .... C.F.....

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti ed uso di atto falso. Consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

relativamente a quanto disposto dal D. Lgs. n. 33/2013 art. 15, comma 1, lett. c) recante "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza":

**SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE**

☒ di NON svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati e finanziati dalla pubblica amministrazione

**ovvero**

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere le seguenti titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

| Ente conferente l'incarico | Tipologia di incarico/carica | Oggetto dell'incarico | Durata dell'incarico |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|
|                            |                              |                       |                      |
|                            |                              |                       |                      |

**SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE**

☐ di non svolgere attività professionale

ovvero

☒ di svolgere la seguente attività professionale (*indicare tipologia, denominazione ente/società/studio, eventuale riferimento al curriculum vitae*)

INFERMIERA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO NEMESIS COOP SOCIALE ONLUS- CRA NUOVA PRIMAVERA RICCIONE – AUTODROMO MEDICAL CENTER MISANO ADRIATICO

**DICHIARA ALTRESÌ:**

☒ Di non svolgere attività in conflitto di interesse con l'incarico di collaborazione professionale conferito con Det. D.G. n. 140 del 12 marzo 2020

☒ Che non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interesse;

☒ Di essere a conoscenza che la presente dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D. Lgs. n. 33/2013 sarà pubblicata nel sito internet aziendale;

☒ Dichiara di ricevere le Istruzioni agli Incaricati al trattamento dei dati all'interno dell'organizzazione dell'A. O. "Ospedali Riuniti Marche Nord" (all. n.2 Det. D.G. n. 354 del 19.06.2019)

Luogo e data  
Pesaro 18/03/2020

Firma del dichiarante

Fto Francesca Fulvi

Ai sensi dell'art.38, DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.