

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il / La sottoscritto/a.....Spina Michele

in relazione all'incarico (*inserire tipologia e denominazione dell'incarico*) Direttore della Struttura Operativa Complessa Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 14, comma 1, lettere d), e) del d.lgs. 33/2013,

 di ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici o privati ed i relativi compensi:

CARICA	ENTE	COMPENSO

 di svolgere i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica ed i relativi compensi:

CARICA	ENTE	COMPENSO

 XX di NON ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici o privati **XX** di NON svolgere i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

inoltre, si impegna a rendere tempestivamente nuova dichiarazione all'insorgere di situazioni diverse da quelle sopra dichiarate.

Infine, DICHIARA

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'ente in apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Luogo e data Aviano, 27/02/2023.....

Il Dichiarante

Firmato digitalmente