



**Dichiarazione ai sensi dell'art.15, comma 1, lettera c del D.Lgs. 33/2013**

Il/la sottoscritto/a GALLIOLI GIORGIO matr. 4274 nato/a a MILANO il 4/11/53  
domiciliato per la carica a P.O. VIMERCATE in via S. COSMA E DAMIANO 10  
in servizio presso ANESTESIA - RIANIMAZIONE in qualità di DIRETTORE  
(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente Medico, Direttore, Consulente)

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del DPR del 28 Dicembre 2000 n. 445 con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali

di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato /a ai sensi e per gli effetti di cui all'art 13 del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del dichiarante

..... 5 / 5 / 16 .....

.....  .....

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37 comma 1 DPR 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del DPR 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto [scegliere una delle due opzioni]:

La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto, che ha provveduto all'identificazione del dichiarante.

Data 5.5.2016 Nominativo del dipendente Dott. ROBERTO AGOSTI Firma del dipendente Agosti

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).