DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di PROVINCIA DI LIVORNO

Via/Piazza MICHON *n.* 8

C.A.P. 57126 *Città:* LIVORNO

Il/La sottoscritto/a MAZZARRI VIVIANA,

in relazione al conferimento dell'incarico di consulenza/collaborazione avente ad oggetto: "NOMINA MEDICO COMPETENTE / MEDICO DEL LAVORO

" conferito con Deliberazione del Consiglio dell'Ordine.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, sotto la propria personale responsabilità, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- [x] **Che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi** con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ricevente, ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.lg. n. 165/2001 come modificato dalla Legge n. 190/2012.

- [x] **L'inesistenza di provvedimenti restrittivi**: cioè di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II, del libro secondo del codice penale (reati contro la Pubblica Amministrazione), ai sensi dell'art. 35-bis del D.Lgs. n. 190/2012.

- [x] **Di non essere titolare di incarichi o cariche** in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni.
- ○ **Di essere titolare dei seguenti incarichi** e/o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni:

  _____

  _____

  _____

- [x] **Di svolgere la seguente attività professionale:** RLP (RAPPORTO A LIBERA PROF.) PRESSO INAIL LIVORNO

- [x] **Compatibilità con lo status di dipendente pubblico (se applicabile):**
  (Selezionare l'opzione pertinente)

  - ○ di **non essere** dipendente di una Pubblica Amministrazione;
  - [x] di **essere** ~~dipendente~~ RLP della seguente Pubblica Amministrazione: INAIL LIVORNO e di essere stato formalmente autorizzato dall'amministrazione di appartenenza allo svolgimento del presente incarico ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

SI IMPEGNA

X A comunicare tempestivamente all'Ordine qualsiasi variazione dei dati sopra dichiarati e l'insorgenza di eventuali cause ostative o di conflitto di interessi nel corso della durata del rapporto professionale.

X *(Se l'incarico ha durata pluriennale)* A rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale, ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.lgs. n. 39/2013.

INFORMATIVA PRIVACY (D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679)

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Prende inoltre atto che, ai sensi dell'art. 15, del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione, unitamente al CV e ai compensi - comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'Ordine nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Luogo e Data LIVORNO 26/10/26

Firma del Dichiarante___