

# Dipartimento Amministrativo

# Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale Istituto Ortopedico Rizzoli

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTI DI NOTORIETÀ**  **(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)** |

Il/la sottoscritto/a

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e che decadono i benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base a dichiarazione rivelatasi successivamente mendace,

**DICHIARA I SEGUENTI STATI, FATTI O QUALITÀ PERSONALI**

* di esserenato/a a il
* di essere residente, attualmente, a prov. CAP
* Via/ Piazza (indicare nome e cognome ove previsto)
* la propria residenza al 1° gennaio del **20** :
* a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**prov.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_**
* Via/ Piazza (indicare nome e cognome ove previsto) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di residenza.

* Telefono cellulare Telefono fisso indirizzo mail**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Indirizzo pec **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* di essere in possesso del seguente codice fiscale
* di essere cittadino del seguente paese comunitario: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ovvero

* di essere cittadino del seguente paese non comunitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,in possesso del permesso di lungo soggiorno.
* di godere dei diritti politici: SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
* di NON avere riportato condanne penali
* OVVERO di aver riportato le seguenti condanne penali, (anche per effetto di decreti penali di condanna o di sentenze di “patteggiamento” ex artt. 444 e 445 cpp), indicando il tipo di reato e gli estremi della sentenza di condanna (NB indicare anche i provvedimenti per i quali è intervenuta la riabilitazione o l’estinzione del reato, o per i quali è stata prevista la non menzione, la sospensione giudiziale, il condono o il perdono giudiziale, l’amnistia, l’indulto):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego, ovvero licenziato da un pubblico impiego
* dichiara di non avere in corso procedimenti penali pendenti,
* OVVERO di avere in corso i seguenti procedimenti penali (indicare il numero del procedimento), di cui si IMPEGNA a comunicare l’esito entro 30 giorni dalla sua conoscenza:
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non avere riportato sanzioni disciplinari nell’ultimo biennio
* OVVERO di aver riportato la seguente sanzione disciplinare (indicare il tipo di sanzione):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere genitore di n. \_\_\_\_\_\_figli, nato/i il seguente giorno (compilare solo in caso di figli minorenni):
* - cognome/nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* - cognome/nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* - cognome/nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* - cognome/nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso del seguente titolo di studio universitario aderente alla mansione di inquadramento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* in mancanza del titolo universitario, di essere in possesso del seguente titolo di studio più elevato conseguito:
* diploma di scuola media superiore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OVVERO

* diploma di scuola media inferiore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso del titolo di studio (o qualifica professionale): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* per i cittadini stranieri: si impegna di presentare ENTRO LA DATA DI DECORRENZA DEL RAPPORTO DI LAVORO la dichiarazione di valore, la dichiarazione giurata, il decreto di equipollenza del titolo professionale ove previsto;
* di essere in possesso della abilitazione all’esercizio della professione medica, sanitaria, tecnica e professionale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso del titolo di specializzazione nella disciplina di assunzione in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere iscritto all’ordine professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere a conoscenza che la suddetta iscrizione deve essere obbligatoriamente mantenuta per tutta la durata del rapporto di lavoro con l’Istituto Ortopedico Rizzoli, ai sensi dell’art. 3, comma 2, della legge 01/02/2006, n. 43;
* OVVERO di aver presentato domanda di pre-iscrizione al relativo Ordine e si impegna di comunicare tempestivamente l'avvenuta iscrizione al seguente indirizzo mail: [assunzioni.sumap@ausl.bologna.it](mailto:assunzioni.sumap@ausl.bologna.it)
* di essere consapevole che la mancata iscrizione comporterà la risoluzione di diritto del presente contratto
* di avere prestato/di prestare servizio presso i seguenti Enti Pubblici, con rapporto di lavoro dipendente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione**  **Ente Pubblico** | **Data inizio**  **rapporto di lavoro** | **Data fine**  **rapporto di lavoro** | **Tipologia rapporto (specificare tempo determinato/indeterminato)** | **Profilo Professionale/Disciplina/Categoria** | **Motivo termine** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* di avere/di avere avuto negli ultimi tre anni i seguenti rapporti (diretti/indiretti) di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti (Art. 6 DPR 62/2013 “Codice di Comportamento”):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione**  **soggetto privato** | **Data inizio**  **collaborazione** | **Data fine**  **collaborazione** | **Tipologia rapporto**  **(es. lavoro autonomo/subordinato/altro)** | **Attività svolta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

E, in tal caso, che

* Né il/la sottoscritto/a, né un parente, né un affine entro il secondo grado, né il coniuge o il convivente ha tuttora rapporti finanziari con uno o più dei soggetti privati sopra indicati, oppure
* Il/la sottoscritto/a (o un parente o un affine entro il secondo grado o il coniuge o il convivente *specificare* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ha tuttora rapporti finanziari con il/i seguente/i soggetto/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- che, per quanto di conoscenza del sottoscritto, i predetti rapporti di collaborazione:

* sono intercorsi/intercorrono con soggetti che hanno interessi in attività o decisioni inerenti all’ufficio, limitatamente alle pratiche che verranno affidate, oppure
* non sono intercorsi/non intercorrono con soggetti che hanno interessi in attività o decisioni inerenti all’ufficio, limitatamente alle pratiche che verranno affidate.
* *(solo per i dirigenti)* di non avere partecipazioni azionarie o altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica svolta (Art. 13 del DPR 62/2013 “Codice di Comportamento e art. 12 del “Codice di comportamento aziendale”)oppure
* di avere le seguenti partecipazioni azionarie o i seguenti interessi finanziari che possono porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica svolta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* *(solo per i dirigenti)* di non avere parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongono in contatti frequenti con l’ufficio che dovrà dirigere o che sono coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all’ufficio oppure
* di avere parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongono in contatti frequenti con l’ufficio che dovrà dirigere o che sono coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all’ufficio, come di seguito riportato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Il/la sottoscritto/a si impegna a compilare nuovamente la suddetta dichiarazione relativa al conflitto di interessi al momento di effettivo inizio del rapporto di lavoro tramite l’accesso al portale aziendale.**

Dichiaro, infine, di:

* APPARTENERE/**NON** APPARTENERE alla seguente categoria protetta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di cui si impegna a presentare la documentazione probatoria;
* ESSERE INVALIDO CIVILE con una percentuale pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%.

Il/la sottoscritto/a prende atto, altresì, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679, che i dati suindicati verranno utilizzati esclusivamente per la gestione del rapporto di lavoro, in ottemperanza ai principi stabiliti dalla citata normativa.

Bologna, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IL DIPENDENTE  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

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

(Firmare per esteso)



Dipartimento Amministrativo

# Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale Istituto Ortopedico Rizzoli

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE INCOMPATIBILITA’, CUMULO DI IMPIEGHI, INCARICHI** |

Il/la sottoscritto/a

Nato/a prov. il

**DICHIARA**

di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato

di non esercitare il commercio, l’industria o una professione

di non avere cariche gestionali in società costituite a fini di lucro

di esercitare il commercio, l’industria o la professione di seguito riportata:

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

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

di avere le seguenti cariche gestionali in società costituite a fini di lucro:

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

di avere altri rapporti di lavoro:

* impiego privato
* impiego pubblico, svolgendo la seguente attività\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* libero professionale (oggetto della prestazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* collaborazione coordinata e continuativa (oggetto della prestazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. borsa di studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. assegno di ricerca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In TUTTI i casi, la sottoscritta si obbliga sin d’ora a cessare la suddetta attività prima della data di decorrenza del rapporto di lavoro con l’Istituto Ortopedico Rizzoli.

Nel caso in cui la sottoscritta risulti svolgere un dottorato di ricerca con assegno, si impegna a rinunciare a tale assegno dalla data di decorrenza del rapporto di lavoro con l’Istituto Ortopedico Rizzoli.

Dichiara, inoltre, di avere in corso:

* lavoro occasionale o altra attività diversa da quelle precedentemente elencate (oggetto della prestazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Nel suddetto caso il sottoscritto si obbliga a darne comunicazione al Settore Incarichi Extraistituzionali per la verifica di eventuali incompatibilità, ai seguente indirizzo di posta elettronica: assunzioni.sumap@ausl.bologna.it

Il/la sottoscritto/a si impegna a mantenere attiva la Partita IVA per il tempo strettamente necessario all’emissione di fatture per la riscossione di prestazioni rese in data anteriore alla data di decorrenza del rapporto di lavoro con l’Istituto Ortopedico Rizzoli, nonché per l’effettuazione di pagamenti. L’ Istituto Ortopedico Rizzoli si riserva di verificare l’effettiva chiusura della Partita IVA dopo il ricevimento della comunicazione da trasmettere al seguente indirizzo mail: assunzioni.sumap@ausl.bologna.it

di essere dipendente a tempo indeterminato dell’Azienda/Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**N.B.: solamente in caso di assunzione a tempo indeterminato in categoria, profilo e disciplina, ove prevista, diversi da quelli di assunzione**) e di aver richiesto:

* (in caso di assunzione a tempo indeterminato) l’aspettativa senza retribuzione per tutta la durata del periodo di prova;
* (in caso di assunzione a tempo determinato) l’aspettativa senza retribuzione per tutta la durata del contratto.

di essere esonerato dal periodo di prova, avendolo già superato presso l’Azienda/Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella medesima categoria, profilo e disciplina, ove prevista.

In fede

Bologna, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IL DIPENDENTE

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

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

(Firmare per esteso)

**Informativa e acquisizione del Consenso al trattamento dei dati personali**

**art. 13 del Regolamento UE 2016/679**

Ai sensi della normativa sopra richiamata, si informa la S.V che i dati personali sensibili (quali ad esempio dati sanitari, iscrizione a sindacati) forniti dalla S.V. formano o potranno formare oggetto di trattamenti operati dall’Istituto Ortopedico Rizzoli nel rispetto della normativa sopra indicata a tutela della riservatezza.

Per trattamento dei dati si intende qualunque operazione di acquisizione, raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, utilizzo, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione degli stessi.

Tali trattamenti sono finalizzati alla instaurazione e alla gestione dei rapporti di lavoro dipendente di qualunque tipo, anche successivamente alla sua risoluzione, sotto il profilo economico e giuridico.

Per tale considerazione, il conferimento dei dati richiesti alla S.V. riveste natura obbligatoria.

I dati inerenti la S.V. saranno utilizzati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto d’ufficio e potranno essere comunicati, solo se necessario, a soggetti pubblici (quali, ad esempio, INPS, INPDAP, INAIL, Dipartimento Funzione Pubblica, Regione Emilia romagna, altre Aziende Usl ed Ospedaliere), a soggetti privati (quali ad esempio il Tesoriere dell’Azienda e Compagnie di Assicurazione) per finalità istituzionali, all’autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

I dati forniti dalla S.V. saranno oggetto di trattamento da parte del Servizio Personale con modalità sia manuale sia informatizzata, mediante il loro inserimento negli archivi e nella banca dati dipendenti, la cui responsabilità è in capo al Servizio Personale nella persona del Dirigente del Servizio pro tempore.

L’Istituto Ortopedico Rizzoli custodirà i Suoi dati in archivi cartacei e li proteggerà con misure di sicurezza, previste dalla normativa vigente, in grado di garantire che solo personale autorizzato e tenuto al segreto possa conoscere informazioni che La riguardano.

In relazione ai trattamenti di dati operati dall’Istituto Ortopedico Rizzoli, alla S.V. sono riconosciuti i diritti previsti:

* conoscere l’origine dei dati personali, le finalità e le modalità di trattamento;
* ottenere l’aggiornamento, la rettifica ovvero l’integrazione dei dati;
* ottenere la cancellazione e la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni;
* opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che riguardano la S.V., ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta.

A tal fine:

Io sottoscritto/a

Nato/a a prov. il

codice fiscale

residente a prov. cap

Via

**DICHIARO**

Di aver ricevuto e compreso l’informativa per il trattamento dei dati personali sensibili, fornitami ai sensi del D.Lgs 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e con riferimento a tutte le operazioni di trattamento sopra citate, da effettuarsi da parte dell’Istituto Ortopedico Rizzoli

**AUTORIZZO**

L’Istituto Ortopedico Rizzoli a trattare i miei dati personali sensibili per finalità attinenti alla gestione del rapporto di lavoro.

Bologna, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IL DIPENDENTE  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firmare per esteso)



Dipartimento Amministrativo

# Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale Istituto Ortopedico Rizzoli

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTI DI NOTORIETÀ**  **(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)** |

Il/la sottoscritto/a

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e che decadono i benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base a dichiarazione rivelatasi successivamente mendace,

**DICHIARA**

ai sensi dell’art. 1, commi 471 e seguenti, della legge 27/12/2013, n. 147 (legge di stabilità per il 2014)

- di non essere titolare di trattamento pensionistico;

ovvero

- di essere titolare di trattamento pensionistico, il cui importo annuo ammonta a Euro:

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

al netto, se dovuta, della decurtazione per il contributo di solidarietà di cui all’art. 1, comma 486 della Legge di stabilità per il 2014

- di essere titolare dei seguenti ulteriori trattamenti economici: **(elencare gli eventuali ulteriori trattamenti economici rientranti nell’art. 1, commi 471 e seguenti della Legge 147/13)**

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

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

Il/la sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto l’eventuale trattamento pensionistico che dovesse intervenire durante il rapporto di lavoro con l’Istituto Ortopedico Rizzoli.

Bologna, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IL DIPENDENTE

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

(Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

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

(Firmare per esteso)



Dipartimento Amministrativo

Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale Istituto Ortopedico Rizzoli

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTI DI NOTORIETÀ**  **(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)** |

Il/la sottoscritto/a

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e che decadono i benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base a dichiarazione rivelatasi successivamente mendace,

**DICHIARA**

di avere diritto alle seguenti detrazioni di imposta a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**a)** DETRAZIONI PER REDDITO DI LAVORO DIPENDENTE **(da compilare obbligatoriamente)**

 **SI**

 **NO**

**b)** DETRAZIONI PER FAMILIARI A CARICO

 per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato

 per il 1° figlio in mancanza del coniuge

 per n.\_\_ figli di ETA’ INFERIORE A 3 ANNI, nella misura del \_\_% (\*)

per n.\_\_ figli di ETA’ INFERIORE A 3 ANNI, portatore di HANDICAP nella misura del \_\_% (\*)

 per n.\_\_ figli di ETA’ SUPERIORE A 3 ANNI, nella misura del \_\_% (\*)

 per n.\_\_ figli di ETA’ SUPERIORE A 3 ANNI, portatore di HANDICAP nella misura del \_\_% (\*)

 per n.\_\_ altri familiari a carico, di cui all’art. 433 del C.C., nella misura del \_\_%

**c)** GENERALITA’ DEI FAMILIARI A CARICO **(da compilare obbligatoriamente qualora sia stata compilata la SEZIONE B)**

**Relazione di**

**parentela Disabile**

- (1)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome nome

data di nascita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita provincia codice fiscale

- (1)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome nome

data di nascita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita provincia codice fiscale

- (1)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome nome

data di nascita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita provincia codice fiscale

- (1)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome nome

data di nascita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita provincia codice fiscale

- (1)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome nome

data di nascita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita provincia codice fiscale

**DICHIARA, ALTRESI’:**

* che per i familiari per i quali ha chiesto le detrazioni, possiedono un reddito complessivo, al lordo degli oneri deducibili, inferiore ad euro 2.840,51
* di aver preso atto di quanto indicato nelle istruzioni allegate.

SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE QUALSIASI VARIAZIONE.

**(\*) La misura può essere del 50% o del 100%**

La misura del 100% può essere richiesta solo nel caso di:

1. coniuge a carico
2. mancanza del coniuge
3. genitore separato unico affidatario dei figli
4. genitore con il reddito più elevato

**(1) relazione di parentela:**

C = coniuge; F1 = primo figlio in mancanza del coniuge; F = figlio; A = altro familiare

* di avere prestato/di prestare servizio, anche ai fini della **contribuzione ONAOSI**, presso i seguenti Enti Pubblici, con rapporto di lavoro dipendente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione  Ente Pubblico | Data inizio  rapporto di lavoro  (gg/mm/aa) | Data fine  rapporto di lavoro  (gg/mm/aa) | Tipologia rapporto (specificare tempo determinato/indeterminato) | Qualifica Profilo Professionale Categoria |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 di essere in possesso, alla data del 31/12/20\_\_\_\_ di una anzianità complessiva di servizio inferiore o uguale ai cinque anni;

 di essere in possesso, alla data del 31/12/20\_\_\_\_ di una anzianità complessiva di servizio superiore ai cinque anni;

 di essere in possesso, alla data del 31/12/20\_\_\_\_ di un’età superiore ai 67 anni e del raggiungimento di una anzianità contributiva ONAOSI di 30 anni;

Chiede, infine, che **l’accredito dello stipendio** avvenga presso la Banca/Banco Posta:

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

Agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN:

La sottoscritta prende atto, altresì, ai sensi degli artt. 13, 18, 19 e 20 del Decreto Legislativo n. 196/03, che i dati suindicati verranno utilizzati esclusivamente per la gestione del rapporto di lavoro, in ottemperanza ai principi stabiliti dalla citata normativa.

Bologna, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IL DIPENDENTE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmare per esteso)

**OPZIONE RAPPORTO DI LAVORO NON ESCLUSIVO**

(dirigenza medica e veterinaria/dirigenza sanitaria non medica)

Dipartimento Amministrativo

Mod 025

Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale Istituto Ortopedico Rizzoli

All’Istituto Ortopedico Rizzoli  
Servizio Unico Metropolitano   
Amministrazione Giuridica del Personale

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a prov. il

dipendente dell’Istituto Ortopedico Rizzoli in qualità di

In servizio presso

**DICHIARA**di optare per il rapporto di lavoro **NON ESCLUSIVO**

e di esercitare la libera professione presso:

**denominazione struttura**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**n.**\_\_\_\_\_ **Comune**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**denominazione struttura**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**n.**\_\_\_\_\_ **Comune**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**denominazione struttura**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**n.**\_\_\_\_\_ **Comune**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**denominazione struttura**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**n.**\_\_\_\_\_ **Comune**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA** infine:

□ che tale attività non è prestata con rapporto di lavoro subordinato

□ che l’attività stessa non è svolta presso struttura pubbliche o private accreditate

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto al Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale dell’Istituto Ortopedico Rizzoli l’inizio di una nuova attività o comunque qualsiasi successiva variazione rispetto a quanto sopra dichiarato.

Bologna, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IL DIPENDENTE

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

(Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firmare per esteso)

**N.B. Il modulo è da compilare in presenza del funzionario ricevente: Ufficio Assunzioni Via Gramsci 12 Bologna**

**OPZIONE RAPPORTO DI LAVORO ESCLUSIVO**

(dirigenza medica e veterinaria/dirigenza sanitaria non medica)

Dipartimento Amministrativo

Mod 024

Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale Istituto Ortopedico Rizzoli

All’Istituto Ortopedico Rizzoli  
Servizio Unico Metropolitano   
Amministrazione Giuridica del Personale

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a prov. il

dipendente dell’Istituto Ortopedico Rizzoli in qualità di

In servizio presso

**DICHIARA**

di optare per il rapporto di **lavoro ESCLUSIVO**

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto al Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale dell’Istituto Ortopedico Rizzoli qualsiasi successiva variazione rispetto a quanto sopra dichiarato.

Bologna, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IL DIPENDENTE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firmare per esteso)

**N.B. Il modulo è da compilare in presenza del funzionario ricevente: Ufficio Assunzioni Via Gramsci 12 Bologna**

Dichiarazione ai sensi dell’art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. 33/2013

**(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il/la sottoscritto/a, nato/a a  prov. il e residente in prov. in relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale:

* Direttore di Dipartimento/Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Direttore di Struttura Complessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale/Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* (solo per dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa) Responsabile di Struttura Semplice/Professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consapevole di quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi**

**DICHIARA**

relativamente a quanto disposto dall’art. 15, c. 1, lettera c) D.Lgs. 33/2013:

**SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE**

**A** □ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o

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  (dal - al) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SEZIONE II – ATTIVITA’ PROFESSIONALE**

**B** □ di non svolgere prestazioni professionali in regime intramurario, ovvero

□ di svolgere prestazioni professionali in regime intramurario;

**C** □ di non svolgere altre attività professionali, ovvero

□ di svolgere le seguenti attività professionali (*indicare tipologia, denominazione*

*ente/società/studio*):

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

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

Il/la sottoscritto/a:

- dichiara di essere informato/a che il presente modulo sarà pubblicato sul sito istituzionale dell’Istituto Ortopedico Rizzoli ai sensi dell’art. 15 D.Lgs. 33/2013;

- allega copia di un documento di identità;

- si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP), con le stesse modalità, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DIPENDENTE

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

(Firmare per esteso)