



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa allo
svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o
finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali, ai
sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013**

(sostitutiva di certificazione e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii)

Il/la sottoscritto/a BOLGHI BARBARA nato/a a VIMPERCA, il ,
C.F. residente a in Via n.
in relazione all'incarico presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest di (inserire tipologia e
denominazione dell'incarico) TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA
LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 01/12/2018 al 31/05/2019
consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali relative a dichiarazioni non veritiere o
mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013:

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/Società/studio)

CONTRATTO L.P. PRESSO L'ISTITUTO CLINICO GUARENIGHI (MI)
GIORNO MESE), CONTRATTO L.P. IN VIA DI RISOLUZIONE PER
MISSIONI PRESSO IL POLICLINICO SAN PIETRO

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 679/2016, 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, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15 comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Bergamo Ovest nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Bergamo Ovest ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Firma (per esteso e leggibile)

TREVIGLIO 07/12/2018

Bolghini Barbara

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.