



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa allo  
svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finan-  
ziati 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 MAZZOCCHI MICHA nato/a a PONTE S. PIETRO il 19/06/84  
C.F. [REDACTED] residente a [REDACTED] in Via [REDACTED] n. [REDACTED]  
in relazione all'incarico presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest di (inserire tipologia e  
denominazione dell'incarico) MEDICO  
con decorrenza dal 01/01/18 al 30/06/18  
consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali relative a dichiarazioni non veritiere o menda-  
ci, 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 Pub-  
blica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal-  
la Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, du-  
rata 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/Socie-  
tà/studio)

MEDICO ACCOMPAGNATORE IN CARERA (PERCORSO) C/O HABILITA ZINGONIA  
MEDICO AMBULATORIO ONDE DURE HABILITA BERGAMO

**DICHIARA INOLTRE**

- ☒ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno  
trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la pre-  
sente 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 Ove-  
st 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)

DALMINE 16/03/18

[Firma]

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



**ASST Bergamo Ovest**

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.