



A. S. P.
VALLONI MARECCHIA

Azienda di Servizi alla Persona

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15 C.1 LETT.C) DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VAIENTI FRANCESCA

Nato/a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ (Prov. _____) in Via _____

Cap _____ in relazione all'incarico di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA PRESSO "ALMARCOED CAFE"
CAFFE ALZHEIMER DELL'ASP VALLONI MARECCHIA PER IL PERIODO
Sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazione non veritiere e falsità negli atti
14/18 - 31/12/18

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 15 comma 1 lett. C) del D. Lgs. 33/2013

SEZIONE 1 – 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)

PER ASSOCIAZIONE ALZHEIMER RIMINI:
- PSICOLOGA REFERENTE CENTRO DI INCONTRO RIMINI PER ATTIVITA'
DI CONSULENZA PSICOLOGICA E ATTIVITA' DI STIMOLAZIONE COGNITIVA
DA OTTOBRE A GIUGNO; COMPENSO ORARIO E 45
- PSICOLOGA PER ATTIVITA' DI CONSULENZA PSICOLOGICA (PER)
AUL' INTERNO DEL PROGETTO "CONSULENZA PSICOLOGICA
DOMICILIARE - CPD. DURATA DI OGNI CPD: 5 ACCESSI, OGNI
DI 2 h. COMPENSO ~~ORARIO~~ AD ACCESSO: 100€



A. S. P.
VALLONI MARECCHIA

Azienda di Servizi alla Persona

SEZIONE 2 – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare la tipologia ed eventuale denominazione Ente/
società /Studio)

- COME PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO DI PSICOLOGIA
E PSICOTERAPIA A FORLI (FC)
- COME PSICOLOGA PRESSO CENTRE ALZHEIMER DI MELUNDA
(FC)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. N.196/2003 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 art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata in caso di conferimento dell'incarico sul sito ASP Valloni Marecchia nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ASP Valloni Marecchia ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione .

Luogo e data :

20/07/2018

Firma

(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

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 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.