



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 VAIENI FRANCESCA

Nato/a FORLIMPOPOLI

Residente a \_\_\_\_\_

C \_\_\_\_\_ n relazione all'incarico di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)  
SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DI PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA PRESSO I PROGETTI "ATTACCORDI PAR" E "CENTRO D'INCONTRO" E CASA RESIDENZA APERTA AL TERRITORIO COORDINATI DALL'ASP VALLONI MARECCHIA  
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

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)

- CPD (CONSULENTE PSICOLOGICHE INDIVIDUALI) PROGETTO DI SUPPORTO AL DOMICILIO RIVOLTO A PERSONE COINVOLTE E FAMILIARI COORDINATO DA ASSOCIATIONE ALZHEIMER RIMINI.  
5 ACCESSI A CONSULENZA, CON COMPENSO ORARIO DI 100€  
DURATA ANNUALE.



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)

- CATE AMARCORD "GLI ANICI DEL CATE DI MARECCHIA" PSICOLOGA REFERENTE, FINANZIATO DA ANCIORA SERVIZI BOLOGNA X 4 ORE SETTIMANALI
- STUDIO DI PSICOTERAPIA
- CORSO DI STIMOLAZIONE DELLA MEMORIA (MEMORY TRAINING) X ANZIANI SANI, 10 INCONTRI DI 1h,30 OGNUNO

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 :

1/7/2019  
Telso

Firma

(per esteso e leggibile)

*Paucera Biondi*

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.