

# SOC GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Omegna : Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail : osru@aslvc0.it  
SOS Formazione Tel. 0323/868394 gpcif@aslvc0.it  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail : previdenza@aslvc0.it  
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail: stipendi@aslvc0.it

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 4 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 2 D.P.R. 20.10.98 n. 403)

Il/La sottoscritto/a PROTTI ROMEO  
Nato/a a TORINO il 05/05/64  
E residente in RIVALTA DI TORINO (Prov.) TO  
Via MASSEIANO n. 34

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

### DICHIARA

di non avere intrattenuto negli ultimi 3 anni altri rapporti di lavoro dipendente o collaborazioni a vario titolo con soggetti privati in qualunque modo retribuiti  
- Art.6 Codice di Comportamento

OVVERO

---

---

---

---

di non appartenere ad Organizzazioni o Associazioni i cui interessi possano interferire con l'attività di servizio - Art.5 Codice di Comportamento

OVVERO

---

---

---

---

di non avere altri rapporti di lavoro dipendente pubblici o di rapporti convenzionali con il SSN

OVVERO

di essere nel rapporto di: DIPENDENTE MEDICO ODONTOSTA  
C/O ASL CITTA' DI TORINO  
OPFALCUG - SIB  
RNO AL 15/06/2018

di avere i seguenti rapporti convenzionali con il S.S.N.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non essere mai stato dispensato o destituito da impieghi presso pubbliche amministrazioni

di non essere titolare di alcun tipo di pensione

OVERO

di essere titolare della seguente pensione : .....  
.....

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.

OVERO

.....  
.....

**SOLO PER DIRIGENZA CON INCARICHI DI FUNZIONI DIRIGENZIALI DI SOC O SOS INDIPENDENTI O DIPARTIMENTALI**

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.Lgs.165/2001 e s.m.i., alla Legge 662/96, all'art. 72 Legge 448/98 ed artt.3 -7-9-12 del D.Leg.vo 39/2013

OVERO

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

di non avere situazioni di conflitto di interessi – Art. 6 e Art.13 comma 3 Codice di Comportamento

OVERO

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

di non avere parenti o affini entro il 3° grado, coniuge o convivente con attività politico economica o professionale con possibile connessione o coinvolgimento nell'attività inerente l'ufficio – Art.13 comma 3 Codice di Comportamento

OWERO

---

---

---

di non aver riportato condanne penali e di non essere sottoposto a giudizio per i reati di cui al titolo II Capo I del Codice Penale:

---

---

---

---

OWERO

---

---

---

---

**N.B. Barrare le voci che interessano e completare con le dichiarazioni richieste**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del d.p.r. 20/10/1998 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dati personali") risulta informato delle seguenti circostanze (1) che il titolare del trattamento è l'ASL V.C.O., i cui riferimenti di contatto sono indicati nell'intestazione di questo documento; (2) che il titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo dpo@asvco.it; (3) che il trattamento dei propri dati è effettuato per finalità di selezione del personale e formazione sulla base del proprio consenso espresso (art. 6.1.a del GDPR), (4) che l'informativa completa è disponibile sul sito [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it).

Il sottoscritto concede il proprio consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto

Omegna 31/05/2019

IL DICHIARANTE

Romolo Atti

La suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

PROFF. ROMOLO

in data 31/5/2019

L'IMPIEGATO ADDETTO

[Signature]