

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI  
O CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI  
Affidamento incarico di collaborazione/consulenza  
(Ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c) del d.lgs. 33/2013)**

Il sottoscritto Righi Abderrezak [REDACTED]

dell'affidamento dell'incarico professionale per lo svolgimento di attività a supporto dell'attività sanitaria presso i servizi di ASP "Delia Repetto" nell'ambito del progetto di riorganizzazione e adeguamento alle norme e prescrizioni sanitarie necessarie a seguito della pandemia da Covid-19 tutt'ora incorso alla CRA DELIA REPETTO

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;

A. Con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di incarichi e/o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

di non svolgere incarichi e(o ricoprire cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

*oppure*

di svolgere i seguenti incarichi e/o ricoprire le seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

*[inserire ente conferente incarico/carica; tipologia incarico/carica; oggetto dell'incarico; durata]*

---

---

B. Con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di attività professionali:

di non svolgere alcuna attività professionale

*oppure*

di non svolgere le seguenti attività professionali:

*[specificare]*

*Medico per l'unità di strada, progetto finanziato da ente privato "Caledas".*

---

Il/la sottoscritta si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso una nuova dichiarazione sostitutiva. In fede.

LUOGO E DATA

*19/12/2020*

FIRMA

[REDACTED]

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI**  
**Affidamento incarico di collaborazione/consulenza**

**(Ai sensi dell'art. 53, c. 14 del d.lgs 165/2001)**

Il sottoscritto Righi Abderrezak, 

dell'affidamento dell'incarico professionale per lo svolgimento di attività a supporto dell'attività sanitaria presso i servizi di ASP "Delia Repetto" nell'ambito del progetto di riorganizzazione e adeguamento alle norme e prescrizioni sanitarie necessarie a seguito della pandemia da Covid-19 tutt'ora incorso alla CRA DELIA REPETTO

**DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- L'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'ASP "Delia Repetto";
- Di aver preso visione e piena conoscenza del Codice di comportamento dell'ASP "Delia Repetto", reperibile al link [http://www.aspdeliarepetto.it/upload/aspdeliarepetto\\_ecm10/gestionedocumentale/codicedicomportamentoaziendaleapprovato\\_784\\_2108.pdf](http://www.aspdeliarepetto.it/upload/aspdeliarepetto_ecm10/gestionedocumentale/codicedicomportamentoaziendaleapprovato_784_2108.pdf)

Il/la sottoscritta si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

In fede.

LUOGO E DATA

FIRMA

19/12/2020

