



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI /
CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI**
(ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)

AAGG_MOD-AI
Rev. 1 - 23/05/19

UOC Affari generali

Il/La sottoscritto/a GIANLUCA ALOE nato/a a
CARIATI il 14/09/1986 e residente in CALOPEZZATI (CS)
alla via GRAZIA DELEDDA, 26 codice fiscale
LAOGLC86P14B774V p.iva 03607720780

in relazione all'incarico di

MEDICO-CHIRURGO SPECIALISTA IN ORFZALODONCIA
LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

A. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di **incarichi** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	incarico	durata	Gratuito si/no

B. con riferimento ai dati relativi alla titolarità di **cariche** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	carica	durata	Gratuita si/no

C. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di **attività professionali**

di NON svolgere attività professionali

di svolgere le seguenti attività professionali

n	Attività professionale	dal	note
	OFTALMOLOGO	MARZO 2019	

Si impegna infine

D. a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell'incarico.

Roma li, 2/9/2019

In fede Cristina Abate

UOC Affari generali

Il/la sottoscritto/a GIANLUCA ALOE

nato/a a CARIATI (CS) il 14/09/1986

A CONOSCENZA

- di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato;
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace;
- che i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito dell'azione amministrativa, verranno trattati, anche con strumenti informatici, solo nel rispetto delle procedure previste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 RGDP e dagli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività di questa azienda.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere iscritto al I anno del Dottorato di Ricerca in SCIENZE
MEDICO-CHIRURGICHE APPLICATE presso l'Università
TOR VERGATA ROMA Ciclo _____

- di percepire la relativa borsa di studio e di essere autorizzato dal Collegio dei docenti a svolgere attività retribuite
- di non percepire la relativa borsa di studio

la non sussistenza di cause di incompatibilità ed ostative con le attività previste dal rapporto di prestazione d'opera libero professionale da attivare con la Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata".

la non sussistenza di situazioni di conflitto di interessi con il PTV "Policlinico Tor vergata" ai sensi del D.P.R. 62/2013.

la non sussistenza di situazioni di incompatibilità od ostative alle attività previste dal contratto di prestazione d'opera in regime libero - professionale con particolare riferimento a ²:

¹) prima di rendere la presente dichiarazione, si prega di leggere attentamente quanto riportato sul retro del presente modello.

²) indicare eventuali specifiche situazioni-posizioni.

Roma, 2/09/2019

FIRMA DEL DICHIARANTE

Gianluca Aloè

N.B. ALLEGARE alla presente dichiarazione una fotocopia del documento di identità²

¹ PRIMA DI RENDERE LA DICHIARAZIONE SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE QUANTO RIPORTATO SUL RETRO DEL PRESENTE MODELLO.