

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a **CHIARA ROSA MANCINELLI** nato/a a **POTENZA** Prov. **PZ** il **13.02.1986**, residente a **ROMA** Prov. **RM** in via **STAMIRA**, n. **76**, con riferimento all'incarico libero - professionale/collaborazione di **DOCENZA - "SCLEROSI MULTIPLA: ASPETTI CLINICI, ASSISTENZIALI E RIABILITATIVI"** presso l'ASST della Valcamonica indetto con decreto n.1344 del 21/12/2018 ed in relazione alle disposizioni contenute nel D. Lgs. n.65/2001, nella Legge n.190/2012, nel D. Lgs. n.33/2013 e nel DPR n.62/2013.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt.46 e 47 del DPR n.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, nonché di quanto stabilito dall'art.75 del DPR n.445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

- di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica o di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
- di non aver contenziosi civili ed amministrativi pendenti nei confronti dell'ASST della Valcamonica;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- di non aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;
- di non essere sottoposto a misure di prevenzione e quant'altro previsto dalle leggi antimafia;
- di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di una Pubblica Amministrazione (in caso contrario allegare l'autorizzazione all'incarico);
- di non prestare attività lavorativa a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall'ASST della Valcamonica;

**DICHIARA altresì:**

**1) Ai sensi dell'art.15 del Decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33:**

- di **NON** essere titolare di cariche presso enti pubblici o privati e/o di **NON** avere cariche con oneri a carico della finanza pubblica;

*oppure*

1. di essere titolare delle seguenti cariche presso enti pubblici o privati e/o di avere le seguenti cariche con oneri a carico della finanza pubblica:

Carica ricoperta	Ente pubblico o privato ove si esercita la carica	Durata
1		
2		
3		

**2) Ai sensi dell'art.15 del Decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33:**

- di **NON** svolgere incarichi o attività professionali presso enti pubblici o privati e/o di **NON** avere in corso incarichi con oneri a carico della finanza pubblica;

*oppure*

- di svolgere, oltre quello oggetto della presente dichiarazione, i seguenti incarichi o le seguenti attività professionali presso enti pubblici o privati e/o di avere in corso i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica:

Incarico/attività	Ente pubblico o privato ove si esercita l'incarico	Durata
1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE	SSD NEUROLOGIA - CENTRO REGIONALE PER LA DIAGNOSI MULTIPLA (MORICAVI)	2 ANNI
2		
3		

3) Ai sensi dell'art.13 del DPR n.62/2013:

di **NON** essere in possesso di partecipazioni azionarie che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi;

*oppure*

- di essere in possesso delle sotto indicate partecipazioni azionarie che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi:

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

che, in capo alla propria persona, **NON** sussistono interessi finanziari che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi;

*oppure*

- che, in capo alla propria persona, sussistono i sotto indicati interessi finanziari che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi:

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

di **NON** avere parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionale o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio con il quale andrà a collaborare o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio;

*oppure*

- di avere i sotto indicati parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionale o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio con il quale andrà a collaborare o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio:

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

Dichiara altresì di impegnarsi a comunicare le eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato

Dichiara inoltre di consentire il trattamento dei dati personali ex D. Lgs. n.196/2003 in materia di trattamento dei dati personali nell'ambito dell'incarico conferito.

**dichiara infine l'insussistenza di qualsiasi altra situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi e si impegna a far permanere l'assenza di tali situazioni per tutta la durata dell'incarico**

Data, 05/02/2013

Firma Chio Anna

Al sensi dell'art.38 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

\*\*\*\*\*



ALLEGATO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a CHIARA ROSA MANCINELLI

nato/a a PODEMA Provincia PZ il 13/02/1986

residente in VIA STAMPA

Comune ROMA Provincia RM

E-mail MANCINELLI.CHIARA@YAHOO.IT Tel. 328 1290881

in qualità di NEUROLOGO SPECIALISTA IN NEUROLOGIA C.F. / Partita I.V.A. 04032640986 (Partita IVA)  
MNCCER86B53A942G

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste e richiamate dal D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

di ottemperare alle disposizioni di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136, "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia", con particolare riferimento all'articolo 3 della citata legge, ed a tal fine

COMUNICA

gli estremi identificativi del Conto Corrente Bancario / Conto Corrente Postale dedicato in via esclusiva /dedicato in via non esclusiva alle commesse pubbliche:

Estremi identificativi del Conto Corrente Bancario/Postale

Banca: POSTE ITALIANE

Sede/Agenzia: .....

Numero di conto: 001016998724 Intestazione: CHIARA ROSA MANCINELLI

Codice IBAN: IT1100760104200001016998724

COMUNICA

altresi i dati anagrafici, il Codice Fiscale e la carica della / delle persona / persone delegata / delegate ad operare sul conto medesimo.

Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome ..... Cognome.....

Carica .....

Nato a .....il..... Codice Fiscale.....

Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome ..... Cognome.....

Carica .....

Nato a .....il..... Codice Fiscale.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Montecatini, 05/03/2015  
(luogo, data)

[Firma]  
(firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000; **la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, alla competente AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE via email all'indirizzo:**

e-mail: [protocollo@asst-valcamonica.it](mailto:protocollo@asst-valcamonica.it)