

Al Direttore della SOC Gestione economica del personale

Il sottoscritto: DR. PAOLO AMICO

in relazione alla proposta di nomina a dirigente responsabile della struttura: SODS COORDINAMENTO SANITARIO DEI SERVIZI ZONA EMPOLESE VALDARNO INFERIORE

consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e dei controlli che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, per quanto di mia conoscenza

DICHIARA¹

Titolarità di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati²:

☒ Di non ricoprire alcun incarico e di non essere titolare di alcuna carica in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ Di ricoprire i seguenti incarichi o di avere la titolarità delle seguenti cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Denominazione dell'Ente di diritto privato	P.IVA o Codice Fiscale	Descrizione dell'incarico o della carica ricoperta

Svolgimento di attività professionali³:

☐ Di non svolgere alcuna attività professionale;

☒ Di svolgere le seguenti attività professionali:

ATTIVITÀ CERTIFICATIVA IN AREA A PAGAMENTO

- In relazione a quanto sopra descritto, il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.
- Dichiaro, inoltre, di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 disponibili all'indirizzo <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/component/attachments/download/129204>

Data e luogo

Paolo Amico 16/06/2025

¹ La dichiarazione deve essere resa solo dai dirigenti che hanno responsabilità gestionale prima di assumere l'incarico e deve essere pubblicata su Amministrazione Trasparente.

² Art. 15, comma 1, lettera c) e Art. 41, comma 3 del D.Lgs. 33/2013.

³ Per attività professionali, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario.

⁴ Il presente modulo può essere firmato digitalmente.