



Asolo, 19/04/2024



Asolo (TV)

Il/la sottoscritto/a **GIANNI NON BOTTINICO** **COLOREDI CRANCIO**  
consapevole delle responsabilità delle funzioni per lui/lei stabilite dalla legge con le firme sottoscritte in qualità di  
mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) di buona e onesta fama, assicura del rispetto per i poteri conferiti dal CEFPAS  
adottato ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 110/2001, e 105 pubblicato sul sito internet del CEFPAS

1. di non incorrere negli obblighi di responsabilità professionale previsti dall'art. 11 e art. 11 bis dell'art. 1 comma 24 e all'art. 106 bis del D.Lgs. n. 110/2001;
2. di non incorrere in situazioni di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 1 comma 11 del D.Lgs. n. 65/2001;
3. di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi sopravvenuto elemento idoneo a pregiudicare il risultato (art. 20 D.Lgs. n. 110/2001);
4. di impegnarsi a rendere annuale dichiarazione con cadenza annuale sull'esito di quanto dalla materia superiore ad un anno;
5. di essere agente di Ente Pubblico
  - ENTE A.O.U. POLICLINICO
  - INDIRIZZO VIA SANTA SOFIA n. 72
  - CAP 35123 CITTA' CASTANZA
6. di non essere dipendente di Ente Pubblico
7. di essere dipendente pubblico onorario dal predetto ente autorizzato all'esercizio di apertezza in quanto rientrante in una delle categorie per le quali il comma 5 dell'art. 35 del D.Lgs. n. 110/2001 ha previsto l'assunzione e precisamente:
  - dipendente con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 20% dell'orario per cento di quello a tempo pieno
  - docente universitario a tempo parziale
  - altra categoria di dipendenti pubblici ai sensi e nei limiti di disponibilità previsti dall'art. 35 del D.Lgs. n. 110/2001, in qualità professionale indicare quale e riferimenti normativi
8. di essere dipendente pubblico tenuto a chiedere il rilascio di preventiva autorizzazione, secondo le norme dell'Ente di appartenenza che dovrà essere inviata prima dello svolgimento dell'attività farmaceutica, consapevole che in assenza di formale autorizzazione questo Centro non potrà procedere al pagamento della prestazione;
9. di essere dipendente pubblico tenuto alla comunicazione preventiva all'Ente di appartenenza che potrà essere inviata prima dello svolgimento dell'attività farmaceutica, consapevole che in assenza della formale comunicazione questo Centro non potrà procedere al pagamento della prestazione;
10. che l'attività costante e prestazione occasionale non soggetti ai sensi dell'art. 51 del D.Lgs. n. 110/2001;

che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura  
Il sottoscritto dichiara, altresì, che le informazioni contenute nel curriculum vitae allegato all'istanza di assunzione e all'Atto CEFPAS sono rispondenti al vero  
Ai sensi del Decreto legislativo n. 196/2003, novellato dal D.Lgs. n. 101/2001 e del Regolamento (UE) n. 679/2016, autorizza altresì il CEFPAS al trattamento dei dati personali con finalità di efficienza, finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, Dichiaro, inoltre, di essere il fondato di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 110/2001 e segg. del Regolamento UE n. 679/2016.

**Si accetta integralmente quanto previsto nella presente lettera d'incarico e nei Regolamenti del CEFPAS per il conferimento di incarichi.**

Data 19/04/2024

Firma

(Per la regolarità delle dichiarazioni autocertificative andrà allegata copia di valido documento di riconoscimento)