Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara

A

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara

-INDIRIZZO PEC-

massacarrara@postacert.ordine-opi.it

All'attenzione del Responsabile Anticorruzione e Trasparenza

Oggetto: ***DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 15 DEL D.LGS. 33/2013, DELL'ART. 23ter DEL D.L. 201/2011 E DELL' ART.20 DEL D.LGS. n. 39/2013***

Il/La sottoscritto/a MATTIA LORENZINI

nata a PIETRASANTA (LU) *il* 09 11 1981

codice fiscale LRNMTT81S09G628Z

*consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in base all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., ai fini di quanto previsto all'**art. 15 comma 1, lettera c) e d) del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.** recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*

DICHIARA

1) di essere titolare di cariche ed incarichi presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali *(art. 15 Dlgs. 33/2013 comma 1 lett. C e D)*

OPI

☐ *di ricoprire le seguenti cariche o incarichi:*

ENTE	*CARICA/INCARICO*	*DURATA DELL'INCARICO*	*COMPENSO ANNUO (*)*

(*) L'importo va indicato al lordo degli oneri fiscali e contributivi a carico del dichiarante.

☒ *di NON ricoprire alcuna carica o incarico presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali*

2) di essere titolare dei seguenti incarichi a carico della finanza pubblica (*art.23 ter d.l. n. 201/2011****)***

☐ *di essere titolare di incarichi:*

ENTE	*INCARICO*	*DURATA CARICA*	*COMPENSO ANNUO (*)*

(*) L'importo va indicato al lordo degli oneri fiscali e contributivi a carico del dichiarante.

☒ *di NON essere titolare titolare dei seguenti incarichi a carico della finanza pubblica (art.23 ter d.l. n. 201/2011)*

OPI

*Inoltre, ai fini di quanto disposto dal **D.lgs. n. 39/2013** recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", nonché consapevole delle conseguenze previste dall'art.20, comma 5, del medesimo decreto,*

DICHIARA

- ***l'insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità** previste dal D.Lgs. n.39/2013.*

Il sottoscritto MATTIA LORENZINI *dichiara di essere informato che la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, viene altresì resa ai fini della pubblicazione della stessa sul sito istituzionale dell'**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara**, al fine di ottemperare agli obblighi in materia di trasparenza, e si impegna a comunicare tempestivamente all'**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara** ogni eventuale variazione rispetto a quanto indicato nella presente dichiarazione.*

Si allega CV aggiornato e copia documento identità.

Massa Carrara, 12.12.2021

Firma

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196/03 si informa che i dati saranno utilizzati per le sole finalità correlate agli obblighi di legge. Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

SEDE CARRARA: Via Don Minzoni n. 25 – 54033 Carrara;
SEDE MASSA: Via Massa Avenza, 38D – 54100 Massa;
telefono 0585 620484; fax 0585 620492; - CF: 83004300451
www.opimassacarrara.it - info@opimassacarrara.it – PEC massacarrara@cert.ordine-opi.it