

**Dichiarazione ai sensi dell'articolo 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto Striuli dr. Luigi, nato a San Donà di Piave (VE) 14 ottobre 1958 e residente a San Donà di Piave,
Via Ereditari n. 76 C.F. STRLGU58R14H823D P. IVA 02206280279

in qualità di:

☒ titolare di **incarico di collaborazione** conferito dal Consorzio di Bonifica Veneto Orientale in data
07/11/35 mediante CONTRATTO DI COLLABORAZIONE per il periodo
_____, avente ad oggetto
SONVEGLIANZA SANITARIA DL 81/08
oppure

☐ titolare di **incarico di consulenza** conferito dal Consorzio di Bonifica Veneto Orientale in data
07/11/35 mediante _____, per il periodo
_____, avente ad oggetto
_____;

visto l'art. 15 del D.Lgs. 33/2013 e consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

A) TITOLARITA' **DI INCARICHI O CARICHE** (selezionare una delle alternative)

☒ che, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013, non è titolare di incarichi o cariche
presso altri enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

oppure

☐ che, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013, è titolare dei seguenti incarichi o cariche
presso altri enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Incarico / Carica	Denominazione Ente	Data decorrenza	Data cessazione

B) **SVOLGIMENTO ATTIVITA' PROFESSIONALE** (selezionare una delle alternative)

☐ che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013, non svolge attività
professionale in proprio o per conto di altra Pubblica Amministrazione;

oppure

- che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013, svolge la seguente attività professionale (indicare nella tabella sottostante se l'attività è esercitata in proprio o per conto di Ente o Società):

Tipologia di attività professionale	Denominazione Ente/Società/Studio
MEDICO COMPETENTE	COMUNE DI MUSILE
MEDICO COMPETENTE	COMUNE DI MELO
MEDICO COMPETENTE	LICED CLASSICO MONTABO

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali in conformità con quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679-GDPR e secondo l'informativa pubblicata sul sito internet del Consorzio.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere a conoscenza che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito del Consorzio nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013.

Luogo e data 27/05/22

IL DICHIARANTE

