

Spett.le

CIP- Comitato Italiano Paralimpico-

Via Flaminia Nuova, 830

00191 Roma

Alla c.a. del Responsabile della Prevenzione
della Corruzione e della Trasparenza

[REDACTED]

DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 15 DEL D.LGS. 14 MARZO 2013, N. 33
contenente "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e
diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

resa ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a

Nome	FRANCESCO
Cognome	[REDACTED]
Partita IVA/Codice Fiscale	[REDACTED]
Con riferimento all'incarico di	AMBASCIATORE TESTIMONIAL PARALIMPICO

in CIP - Comitato Italiano Paralimpico - (P.I. 14649011005), con sede in Via Flaminia Nuova, 830- 00191 - Roma (Italia)
(di seguito anche "CIP")

- sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni e conseguenze civili, amministrative e penali, in caso di
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,
in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

A) DICHIARAZIONI RELATIVE A CARICHE, INCARICHI ED ATTIVITÀ PROFESSIONALI

**1. di svolgere i seguenti incarichi per altri enti, ovvero di avere la titolarità delle seguenti cariche in altri enti di
diritto privato regolati o finanziati dalla P.A.**

Ente	Tipologia carica / Oggetto dell'incarico	Durata

In caso di risposta negativa sbarrare la tabella

2. di svolgere le seguenti attività professionali

Attività professionale	Soggetto	Durata
DIPENDENTE PUBBLICO	INPS	CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO

In caso di risposta negativa sbarrare la tabella

* * * * *

B) DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 53 DEL D.LGS. 165/2001

1. ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165¹, dichiara inoltre di possedere le eventuali autorizzazioni richieste e che, in ogni caso, non sussistono situazioni, anche potenziali, che impediscano l'espletamento dell'incarico assegnato, ovvero in caso contrario dichiara:

(specificare nel campo sotto le eventuali notizie di interesse)
NO L'AUTORIZZAZIONE DEL MIO DATORE DI LAVORO PUBBLICO

Il/La sottoscritto/a:

- preso atto che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla predetta legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara che le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero,

- dichiara di essere a conoscenza che la presente attestazione, con allegato il proprio *curriculum vitae*, sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente nella pagina "Amministrazione Trasparente", ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 33/13, per tutto il tempo in esso previsto (vedasi Appendice normativa sub 1),

- si impegna, infine, a comunicare le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell'incarico,

- dichiara di aver ricevuto l'informativa "privacy"² ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR").

Genova, 04/05/2016

Luogo e data


Firma del/della dichiarante

¹ In allegato 1, è riportato un estratto dell'articolo in oggetto, nell'ambito dell'appendice normativa.

² In allegato 2, è riportato il testo dell'informativa.