

Spett.le
CIP- Comitato Italiano Paralimpico-
Via Flaminia Nuova, 830
00191 Roma

Alla c.a. del Responsabile della Prevenzione
della Corruzione e della Trasparenza
Dott. Marco Befera

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	BOCCIARDI
Partita IVA/Codice Fiscale	BCCFNC
Con riferimento all'incarico di	AMBASCIATORE 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, amministrativi 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
CONSULENTE PREVIDENZIALE	INPS	CONTRATTO 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)

DI AVERE 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, 24/03/2025

Luogo e data

1 2 1
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.