1. **ALLEGATO 2**
2. **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**
3. **IN MATERIA DI INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI**
4. Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
6. dipendente della Sanitaservice ASL FG SRL (di seguito Società) con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo: Indeterminato Determinato
* tempo pieno o parziale con prestazione lavorativa superiore al 50% dell’orario normale;
* tempo parziale con prestazione lavorativa pari o inferiore al 50% dell’orario normale

(ore di servizio \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_);

**DICHIARA**

*ai sensi dell’articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445, nella piena consapevolezza di quanto previsto dall’art 76 dello stesso DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni false o mendaci*

* **Di non intrattenere alcun rapporto di collaborazione o simili con soggetti diversi da Sanitaservice ASL FG SRL e comunque di non svolgere nessun’altra attività lavorativa remunerata**;
* **Di intrattenere rapporti di collaborazione o simili con soggetti diversi da Sanitaservice ASL FG SRL:**
* Ragione sociale del soggetto conferente l’incarico o la collaborazione:

 ……………………………………………………………………………………………………………………….

* Descrizione del settore di attività di detto soggetto: ………………………………………………………………………………………………………………………..
* Descrizione delle mansioni e dei compiti da me svolti a favore del soggetto: ………………………………………………………………………………………………………………………..
* Durata e Compenso dell’incarico o della collaborazione:

………………………………………………………………………………………………………………………..

* Fattispecie del rapporto con il soggetto (prestazione occasionale, continuativa ecc.):

………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Di svolgere altre attività di lavoro autonomo:**
* Attività di lavoro autonomo (o simili) svolta: ……………………………………………………………………………………………………………………….
* Descrizione del settore di attività:

……………………………………………………………………………………………………………………….

* Durata residua o prospettive:

……………………………………………………………………………………………………………………….

 Luogo e Data Firma

…………………………………. ………………………………….