



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ PER CONFERIMENTO DI INCARICO (art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a **ORLANDI DAVIDO**
 Cognome **ORLANDI** nome **DAVIDO**
 nato/a a **GENOVA** il **23 LUGLIO 1982**

ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 33/2013 (art. 15, comma 1) e ss.mm.ii. e del D.Lgs. 165/2001 (art.53 comma 14), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Che non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interessi con le attività oggetto dell'incarico;;
- Di non ricoprire incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di svolgere attività professionali;;

oppure

- Di ricoprire il/i seguente/i incarico/incarichi o carica/cariche: **MEDICO di MEDICINA**
 presso **GENERALE CONVENSIONATO**
 presso
 presso

e/o di svolgere la/le seguente/i attività professionale/i:

- presso **ASL 3 GENOVA**
- presso
- presso

NOTA: ai sensi del D.Lgs n. 196/03 e del vigente Regolamento d'Ateneo in materia di protezione dei dati personali, l'Università si impegna a rispettare la riservatezza delle informazioni fornite dal collaboratore: tutti i dati conferiti saranno trattati solo per finalità connesse e strumentali alla gestione della collaborazione, nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'informativa completa è disponibile alla pagina <https://unige.it/privacy.html>

In particolare si evidenzia che il CV e il presente modulo verranno pubblicati sul sito web dell'Università degli Studi di Genova nella sezione "Amministrazione trasparente", "Consulenti e collaboratori" ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii..

Data **27/12/13**

Firma

DR. DAVIDE ORLANDI
 Medico di Medicina Generale
 O.M. GE 15542 - C.R. 14204
 Via XX Settembre, 21/3-Genova
 Tel. 010581630 - 392 6898041