

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione

ai sensi del D.lgs. n.33/2013 art. 15 comma 1, lett. c)

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mmm. ii.)

Il/La sottoscritto/a CALZONI MARCO

Nato/a a MANTOVA

il 07/07/1984

In relazione al conferimento del seguente incarico di **consulenza/collaborazione** presso l'Azienda Socio Sanitaria di Cremona in qualità di DIRIGENTE MEDICO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE LIBERO PROFESSIONISTA

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara (barrare SOLO le caselle che interessano), sotto la propria personale responsabilità, quanto segue, ai sensi del D. Lgs n. 33/2013 sopracitato:

di **non svolgere** incarichi o di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati da Pubblica Amministrazione

di **non svolgere** altre attività professionali

oppure

di **svolgere** i seguenti incarichi o di essere titolare delle seguenti cariche in cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Descrizione carica / Incarico ricoperto	Ente
MEDICO ANESTESISTA LIBERO PROFESSIONISTA	OSPEDALE "SAN PELLEGRINO" - CASTIGLIONE D/S (MN)
MEDICO ANESTESISTA LIBERO PROFESSIONISTA	CROCE VERDE VERONA - P.A.V.
MEDICO ANESTESISTA LIBERO PROFESSIONISTA	COOPERATIVA "MEDICAL SERVICE"

di **svolgere** la/le seguenti attività professionali:

Descrizione attività	Note
MEDICO ANESTESISTA LIBERO PROFESSIONISTA	POLIAMBULATORIO PRIVATO "CEMS" - VERONA
MEDICO ANESTESISTA LIBERO PROFESSIONISTA	CLINICA "CITTA' DI PARMA" - PARMA
MEDICO DI TERAPIA DEL DOLORE	POLIAMBULATORIO "PORTALE VALSECCHI" - MANTOVA

dichiaro altresì che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi

in alternativa

dichiaro di impegnarmi a rimuovere eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione, dandone immediata comunicazione per iscritto all'Ufficio Protocollo di questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale.

MANTOVA, li 04/01/2022

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega alla presente dichiarazione copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità