



Istituto Romano di San Michele

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4

DICHIARAZIONE SVOLGIMENTO ALTRI INCARICHI

Il soggetto affidatario di incarichi di consulenza o collaborazione è tenuto, ex art. 15, D.Lgs. n. 33/2013, a fornire i dati relativi allo svolgimento/titolarità di incarichi o di cariche in enti di diritto privato, regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, ovvero lo svolgimento di attività professionali per loro conto.

DATI DEL DICHIARANTE:

NOME:	ANTONELLA
COGNOME:	MARCOCCIA
CODICE FISCALE / PARTITA IVA:	... OMISSIS ...
PROFESSIONE:	DIRIGENTE MEDICO RESP. UOSD MEDICINA VASCOLARE E AUTOIMMUNITA' – OSP. PERTINI – ASL ROMA 2

DICHIARA

(barrare la voce di interesse)

- ✓ di non svolgere altri incarichi o attività professionali che possano interferire con lo svolgimento dell'incarico affidato dall'ASP - Istituto Romano di San Michele;
- ✓ di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che possano interferire con lo svolgimento dell'incarico affidato dall'ASP - Istituto Romano di San Michele;
- ☐ di svolgere/essere titolare di incarichi o di cariche in enti di diritto privato, regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, ovvero svolgere di attività professionali per loro conto.

Dati relativi allo svolgimento/titolarità di incarichi o di cariche in enti di diritto privato, regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, ovvero lo svolgimento di attività professionali per loro conto:

Ente conferente l'incarico	Oggetto dell'incarico/attività professionale svolta	Durata dell'incarico (da – a)	

Il/La sottoscritto/a, preso atto che, ex art. 76, D.P.R. n. 445/2000, 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.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione rendendone una nuova all'ASP – Istituto Romano di San Michele.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web istituzionale dell'ASP - Istituto Romano di San Michele in caso di conferimento di incarico.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Data e Luogo ROMA, 11-07-2025

Firma
F.TO ANTONELLA MARCOCCIA

L'originale della presente dichiarazione, recante prot. n. 5851/2025, è detenuta dall'Ufficio Risorse Umane dell'IRSM.