



INFORMATIVA SULLA TITOLARITÀ INCARICHI / ATTIVITÀ PROFESSIONALI DEL COLLABORATORE  
AI FINI DELLA PUBBLICAZIONE

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) **Avv. ALDO FONTI** nato/a [redacted] CF: [redacted]

in qualità di Collaboratore con AUSL T.C. ai sensi dell'art. 7 Dlgs 165/2001 ss.mm.ii.  
di cui alla **DELIBERA DEL COMMISSARIO LIQUIDATORE (EX ASL 10 FIRENZE) N. 14 DEL  
09/09/2014**

in relazione all'attività di collaborazione (specificare)  
**LEGALE ESTERNO NELLA DIFESA DELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**  
presso la struttura organizzativa **SOS GESTIONE DEL CONTENZIOSO**  
affiancato al Dipartimento **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e  
falsità negli atti, richiamate agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e dei controlli che  
l'Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate

**DICHIARA**  
ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. C) del D.Lgs. 33/2013

di non ricoprire alcun incarico e di non essere titolare di alcuna carica in Enti di diritto privato  
regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione e di non svolgere alcuna attività  
professionale

oppure

di ricoprire il seguente incarico o di essere titolare della seguente carica .....  
nell'Ente ..... di diritto  
privato regolato o finanziato dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere la seguente attività professionale AVVOCATO sino alla

data del 31/12/2014 dopo di che chiederò  
la cancellazione dell'atto per motivi di età

In relazione a quanto sopra descritto, il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare  
tempestivamente eventuali variazioni alle situazioni sopra indicate e autorizza l'AUSL TC al  
trattamento dei dati personali sopra riportati ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Luogo e data 4/9/2014

Firma [redacted]

AUSL TC si riserva il diritto di verificare tali informazioni con i mezzi a propria disposizione.