



COLLABORATORI

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013 in
dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Io sottoscritto ANTONIO FERRI nato a SAVIGNANO (AL) il 19/05/1959 e residente in MONTEVIRATA (AL) in Via Puccini n. 19 in veste di collaboratore (contratto Rep. N. del .../.../..... prot. n.)

Consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

relativamente a quanto disposto dal D.Lgs. 33/2013 art. 15 c. 1, lettera c):

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o non avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere le seguenti titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
(indicare titolo dell'incarico/carica, denominazione ente, durata dell'incarico/carica, compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale e

ovvero

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia, denominazione ente/società/studio)



PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ASL 8/Arezzo x il
comune di SAN GIOVANNI MARCATELLI

SEZIONE III – CONFLITTO DI INTERESSI

- di non avere grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il rettore, il direttore generale o un componente del consiglio di amministrazione dell'Ateneo".

Data 23/10/2015

Dott. ANTONELLO ARRIGHI

MEDICO CHIRURGO

Spec. in Pediatria

Via Puccini, 19

52025 MONTEVARCHI (AR)

Partita IVA 01180890517

Cod. Fisc. PEG NNL 59E/9 H901J

Firma

La suddetta dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale di ateneo nella sezione "Amministrazione trasparente".

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'Art. 37 D.P.R. 445/2000.



Dichiarazione dati anagrafici e fiscali

cognome (per le donne quello da nubile)		nome	
ARRIGHI		ANTONELLO	
data di nascita	comune (o stato estero) di nascita	provincia	
19.05.1959	SAN GIOVANNI V ^{te}	AREZZO	
comune di residenza	C.A.P.	provincia	via e numero civico
MONTEVARCHI	52025	AR	Puccini, 19
domicilio (comune - via - numero civico)			n. telefonico e indirizzo e-mail
			055.90.1804 mail@antonelloarrighi.it
codice fiscale italiano	codice fiscale estero	n. partita IVA	
RRGNLS9E19H9015		01180890517	

Il sottoscritto ANTONELLO ARRIGHI
Relatore nel seminario ALLERGIOLOGIA (LOW DOSE MEDICINE IN PEDIATRIA)
(incarico conferito con lettera prot. DEPARTAMENTO del.....)

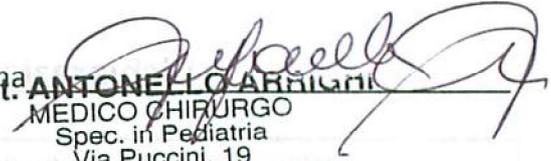
dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere in possesso della Laurea Magistrale (o titolo equivalente) in MEDEICINA e CHIRURGIA
- di essere estraneo alle Amministrazioni dello Stato
- di essere titolare di partita IVA di non essere titolare di partita IVA
- di essere iscritto alla seguente Cassa di Previdenza: ENPAM
- di svolgere di non svolgere in via abituale altre attività di lavoro autonomo e di essere, per quanto riguarda il rapporto suddetto:
 - esente da IVA soggetto a IVA
 - di essere alle dipendenze della seguente amministrazione dello Stato o ente pubblico (allegare nulla osta nei casi previsti)
 - di essere alle dipendenze di privati
 - di esercitare la libera professione (specificare quale) PEDIATRA
 - di non avere altro incarico all'interno di questa Università
 - di avere altro incarico all'interno di questa Università
 - di essere iscritto all'albo/ordine di AREZZO Medica N° 1087
 - di avere di non avere ricevuto un trattamento economico onnicomprensivo, nel corso dell'anno a carico delle finanze pubbliche nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con altri soggetti pubblici, superiore a € 289.948,00 (art. 3 comma 44 L. 244/07 e s.m.i.)
 - di avere di non avere recepito nel corrente anno emolumenti derivanti da attività di lavoro autonomo occasionale superiori a € 5.000,00 (art. 44 D.L. 269/03 convertito dalla L. 326/03)



Il sottoscritto si impegna a dare tempestiva comunicazione in caso di mutamento della situazione sopra descritta.

Data 23.10.2015

Firma 
Dot. ANTONELLO ARRIGHI
 MEDICO CHIRURGO
 Spec. in Pediatria
 Via Puccini, 19
 52025 MONTEVARCHI (AR)
 Partita IVA 01180890517
 Cod. Fisc. RRG NNL 59E19 H901J

MODALITA' DI PAGAMENTO :

Pagamento tramite bonifico bancario o postale intestato al sottoscritto

Banca/Bancoposta CR. FIRENZE INTESA SAN PAOLO

Filiale/Agenzia SAN GIOVANNI VNO

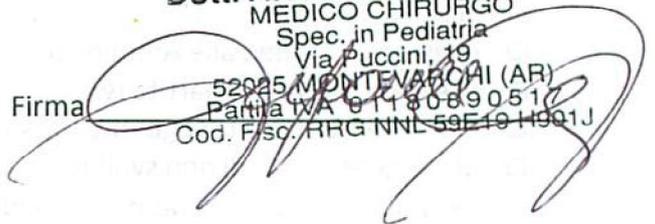
Via CORSO ITALIA Città _____

IBAN IT 17 - 026106071 - 6000 - 0000 - 7441 - 000

Per bonifici all'estero indicare inol tre:

BIC/SWIFT _____

Data 27.10.2015

Firma 
Dot. ANTONELLO ARRIGHI
 MEDICO CHIRURGO
 Spec. in Pediatria
 Via Puccini, 19
 52025 MONTEVARCHI (AR)
 Partita IVA 01180890517
 Cod. Fisc. RRG NNL 59E19 H901J