

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ  
 DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA  
 PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI**  
 (resa ai sensi art.47 DPR 445/2000)

I DATI FORNITI SARANNO PUBBLICATI SUL SITO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA IN OSSERVANZA DELLA NORMATIVA VIGENTE

Il/La sottoscritto/a AVV CALISTO OMERO MANZI  
 nato/a a CRESSOPALENA prov. (CH) il  
23-1-1948 e residente in MACERATA  
 Via ETTORE MICA n. 60  
 Codice Fiscale MNZ GLM 48A13 D996U

in riferimento al patrocinio legale in favore dell'Azienda Sanitaria Territoriale - AST Pesaro Urbino e  
 consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
 richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

**con riferimento all'art. 15 comma 1 lett. c) D.Lgs. 33/2013**

di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione  
 OVVERO

di svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione come di  
 seguito descritto:

NOME ENTE	SEDE ENTE	CODICE FISCALE	INCARICO	DURATA	GRATUITA' (SI/NO)
UNIVERSITÀ MACERATA	MACERATA	0077050437	Consulente di Amministratore	TRIENNIO 2012/2014	SI

di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

OVVERO

di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione come di seguito descritto:

NOME ENTE	SEDE ENTE	CODICE FISCALE	CARICA	DURATA	GRATUITA' (SI/NO)

di NON svolgere attività professionali

OVVERO

di svolgere le seguenti attività professionali:

ATTIVITA' PROFESSIONALE	DATA INIZIO SVOLGIMENTO ATTIVITA'	NOTE
Professione di AVVOCATO	15-12-2008	

Si impegna, infine, a comunicare tempestivamente alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Territoriale - AST Pesaro Urbino ogni eventuale variazione a quanto sopra dichiarato.

Si allega: fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Data 14-8-2009

Firma 