



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

lavoro subordinato (indicare tipologia ed Ente)

lavoro convenzionato ACN (indicare tipologia ed Ente)

(in caso di dichiarazione positiva compilare anche la seguente parte)

produce preventiva autorizzazione dell'Ente di appartenenza rilasciata in data _____ alla stipula di contratto di lavoro autonomo con l'Asst di Mantova in allegato.

6. ai fini di cui sopra, di intrattenere sì no i seguenti rapporti (se sì indicare in dettaglio):

lavoro autonomo (specificare tipologia e sede di esercizio)

GUARDA MEDICA INTERDIVISIONALE AOVI VERONA

7. ai fini di cui sopra, la sussistenza si sì no

dell'esercizio di altre attività o della titolarità o della compartecipazione di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con l'attività della ASST- Mantova _____

8. di essere informato sul trattamento dei dati personali raccolti e trattati ex d. lgs. 196/2003 e, nello specifico, di autorizzare la pubblicazione della presente dichiarazione sul sito web della ASST di Mantova ai sensi dell'art. 20 d. lgs. 39/2013.

Mantova, li 20/01/2020

in fede

Mario De Bellis

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

STRADA LAGO PAOLO 10 - 46100 MANTOVA

CENTRALINO 0376/2011

CODICE FISCALE E PARTITA IVA 02481840291