

**Al Commissario Straordinario
ASL Roma 5
Via Acquaregna, 1/15
00019 - Tivoli (RM)**

Oggetto: *Accettazione incarico per attività di consulenza a favore/presso terzi in regime di
Intramoenia*

Il sottoscritto _____

Dirigente in servizio presso la UO _____

del Presidio/Distretto/Dipartimento di _____

Vista

la richiesta di convenzione per l'effettuazione di attività di consulenza effettuata da

Preso Atto

della designazione del sottoscritto, quale prestatore dell'attività di consulenza

Dichiara

di accettare l'incarico, attenendosi, nello svolgimento dello stesso, a quanto stabilito dall'atto di convenzione, eseguendo le prestazioni richieste esclusivamente nel periodo compreso tra la data prevista dal provvedimento autorizzativo (deliberazione o atto semplice) e quella di scadenza (annuale);

Dichiara

altresì, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze di natura civile e penale che potrebbero derivare da dichiarazioni false o mendaci, di possedere i requisiti richiesti dalla natura dell'attività e di non versare in situazioni di incompatibilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 4, comma 7, L. 412/1991 e art. 1, comma 4, L. 120/2007 e s.m.i.

Data _____

IL PROFESSIONISTA