

**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**