



ARS TOSCANA

Agenzia regionale di sanità

- ☐ di non svolgere attività professionali;
- ☐ lo svolgimento delle seguenti attività professionali:

- _____
- _____
- _____

☒ di aver avuto nel corso degli ultimi tre anni i seguenti rapporti di collaborazione o consulenza, comunque denominati, in qualunque modo retribuiti:

- COLLABORATORE STAMPAIO presso A.O.U.P., reparto di PNEUMOLOGIA.
- _____
- _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Agenzia.

Luogo e data Firenze, 03/02/2018

Il Dichiarante

Marco Lorenzetti

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in conformità con quanto previsto dal d.lgs 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.. Tali dati saranno conservati su archivi cartacei ed elettronici; tali dati potranno inoltre essere utilizzati per i fini del rispetto degli obblighi inerenti la trasparenza amministrativa (d.lgs n. 33/2013 e ss.mm.) che prevede la pubblicazione dei curricula dei consulenti e collaboratori sul sito istituzionale dell'Agenzia regionale di sanità, accessibile a tutti gli utenti nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla legge.

Luogo e data Firenze, 03/02/2018

Il Dichiarante

Marco Lorenzetti