



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 15 del D.L.gs n. 33/2013  
e degli ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445**  
(barrare e compilare la voce che interessa)

Trento, 12/05/2023

Il sottoscritto TASSELLI SEBASTIANO nato il [REDACTED]  
con riferimento all'incarico di: docenza per l'incontro "DIALOGHI TRA OSPEDALE E TERRITORIO: LA CHIRURGIA  
VASCOLARE INCONTRA LA MEDICINA TERRITORIALE"  
valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 consapevole delle sanzioni  
penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.  
medesimo

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

di **NON essere** titolare di incarichi o di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica  
amministrazione

di **ESSERE** titolare di incarico/incarichi o di carica/cariche presso il/i seguenti ente/i di diritto privato regolato/i  
o finanziato/i dalla pubblica amministrazione:

Ente: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_  
Incarico/carica ricoperto/a \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_  
Incarico/carica ricoperto/a \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_  
Incarico/carica ricoperto/a \_\_\_\_\_



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228

di svolgere le seguenti attività professionali:

Attività professionale svolta: Diligente medico - CHIRURGIA VASCOLARE  
Ente/ditta/studio professionale APSS - TRENTO ; OSPEDALE S. CUCINA  
Via Largo Pedagoghe D'oro  
Città TRENTO

Attività professionale svolta: \_\_\_\_\_  
Ente/ditta/studio professionale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

Dichiara altresì che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento.

Il dichiarante

[Redacted signature area]