



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI  
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)

*Gianni Festi*  
Trento, 20/10/2023

Il sottoscritto FESTI GIANNI \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

con riferimento all'incarico di:

CONSULENZA TECNICO-AMMINISTRATIVA NELL'AMBITO DELLA PROCEDURA DI EVIDENZA PUBBLICA PER LA VENDITA  
DELLA SEDE ISTITUZIONALE \_\_\_\_\_

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: Consorzio dei Comuni Trentini

Via Torre Velata n. 25

Città Trento

Incarico/carica ricoperto/a Consulente Servizio RPD

Ente: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Incarico/carica ricoperto/a \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Incarico/carica ricoperto/a \_\_\_\_\_



*ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI 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: \_\_\_\_\_

Ente/ditta/studio professionale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

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.

