



Alberto Duprè

Data di nascita: [REDACTED] | Nazionalità: [REDACTED] | Sesso: [REDACTED] | Indirizzo: [REDACTED]

Presentazione:

[REDACTED]

Maturità classica al Liceo Galileo Galilei di Firenze
Laurea in medicina e Chirurgia Chirurgia presso Università di Firenze nel 1970 Abilitazione professionale nel 1971
Specializzato in ortopedia e traumatologia a Siena nel 1973 ed in Fisiocinesi terapia a Bologna nel 1975
Assistente incaricato al Pronto soccorso dell'Azienda Sanitaria di Firenze dal 1970
fino al 1977
Dirigente sanitario dal 1977 al 2000 presso l'Istituto Ortopedico Toscano di Fi
Ha fondato la Società Italiana di tecniche isocinetiche di cui e' stato presidente dal 1990 al 1995
È stato direttore sanitario del centro di riabilitazione dell'istituto Prosperius dal 1988 al 1996
Ha scritto numerose pubblicazioni mediche
È specialista ortopedico presso la legione Toscana Carabinieri dal Maggio del 2006

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel CV ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 - "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Firenze, [REDACTED]

DICHIARAZIONE RELATIVA A CARICHE INCARICHI E ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Art. 15, comma 1, lettera c) del Decreto Legislativo n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a con
attività professionale di

NURE ALBARD

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione; • preso atto che le dichiarazioni rese potranno essere oggetto di verifica; • consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Arma dei Carabinieri, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali di cui al Reg. (UE) 2016/679 (G.D.P.R.),

DICHIARA

di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1	/	
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1	/	
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1	/	
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Arma dei Carabinieri eventuali variazioni al contenuto della presente dichiarazione.**

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Reg. (UE) 2016/679 (G.D.P.R.), che i dati raccolti con la presente dichiarazione verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data

[Redacted]

[Redacted]

**ATTESTAZIONE DI AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI ANCHE
POTENZIALI DI CONFLITTI DI INTERESSE**

(Art. 53, comma 14, del Decreto Legislativo n. 165/2001)

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze della Amministrazioni Pubbliche*", il sottoscritto **Ten. Col. amm Francesco Gallucci**, in qualità di Capo Servizio Amministrativo pro-tempore del Comando Legione Carabinieri "Toscana".

ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **DUPRE' Alberto**, non sussistono, allo stato attuale, situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di *collaboratore sanitario*, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

Si dà altresì atto che il/la predetto/a si è impegnato a comunicare tempestivamente all'Arma dei Carabinieri eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere successivamente al conferimento dell'incarico.

Data, 

Firma del dichiarante

