



Paolo Perri

Data di nascita: [REDACTED] | Nazionalità: Italiana | Sesso: Maschile |

Indirizzo: [REDACTED]

Presentazione:

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1983.

Specializzazione in Oftalmologia (Oculistica) conseguita presso l'Università degli Studi di Milano nel 1989.

Iscritto presso l'Ordine dei Medici di Firenze al nr. 7719 dal 16/01/1984 ad oggi.

Dirigente medico presso l'ASL di Prato dal 2012 ad oggi.

Libero professionista presso il proprio ambulatorio (vedi domicilio lavorativo).

Consulente presso la Guardia di Finanza, l'Arma dei Carabinieri ed il SUIPL.

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 ,

4 dic 22

[REDACTED]

DICHIARAZIONE RELATIVA A CARICHE INCARICHI E ATTIVITÀ PROFESSIONALI INTERESSE

Art. 15, comma I, 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 sottoscritto FERRI Paolo
nato a [redacted], il [redacted], residente [redacted]
via/piazza [redacted], n. [redacted], codice fiscale [redacted], con attività professionale
di COLUSIA, presso [redacted]

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 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,

DICHIARA

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

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1	ASL Centro Toscana	
2	GDF Firenze	
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:

N.	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:

N.	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 D.Lgs. n. 196/2003, 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, 24 Dicembre

[redacted signature]

**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 **Col. Vincenzo MOLTONI**, in qualità di **Capo Servizio Amministrativo del Comando Legione Carabinieri Toscana**

ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato dal **dott. Paolo PERRI**, 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 predetto 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, 09/06/2023

Firma del dichiarante*

IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO

LCm



* Dato oggetto di oscuramento in fase di pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente.