

- Docente a corsi di formazione, per conto di enti accreditati su rischi lavorativi e primo soccorso
- Docente – relatore corsi aggiornamento per medici competenti accreditati ANMA eroganti ECM

Capacità e competenze organizzative :

- Conoscenza diretta dei cicli lavorativi e produttivi , problematiche della salute sul lavoro, gestione partecipata con preposti e rappresentanti sindacali

Competenze tecniche :

- utilizzo di supporti e gestionali informatici, diagnostica strumentale audiologica, cardiaca, respiratoria

FIRMATO dott. Pizzolante Giovanni Rocco

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 _____ DOTT. Rocco PIZZOLANTE _____

con attività professionale di _____ Medico Autorizzato Radioprotezione _____

- 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:**

| N. | DENOMINAZIONE DELL'ENTE | INCARICO RICEVUTO |
|----|-------------------------|-------------------------------|
| 1 | SOGIN SPA | MEDICO COMPETENTE AUTORIZZATO |
| 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:**

| 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 | SOGIN SPA | MEDICO COMPETENTE AUTORIZZATO |
| 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.

Martina Franca, 06/02/2026

Firmato*

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. Roberta CHIOSSO, in qualità di Capo Servizio Amministrativo del Comando Legione Carabinieri "Puglia".

ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato dal **Dott. Rocco PIZZOLANTE**, non sussistono, allo stato attuale, situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di **medico autorizzato** per la sorveglianza sanitaria al personale del Reparto Carabinieri Biodiversità di Martina Franca (TA), esposto a radiazioni ionizzanti, 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, 12 maggio 2026

Firmato*