 Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone

Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo

MODELLO DICHIARAZIONE “PANTOUFLAGE O REVOLVING DOORS”

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | | | | | |
| nato/a |  | | | il | |  |
| residente a |  | in via/piazza | | |  | |
| cod. fisc. |  |  | | | |  |
| con cessazione del rapporto di lavoro prevista dal | | |  | | | |

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dal D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

al fine dell’applicazione dell’art. 53 comma 16 ter del D.lgs.165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – pantouflage o revolving doors), di conoscere il divieto valido per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività dell’amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

DATA FIRMA DEL DICHIARANTE