



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
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)

Trento, 08.03.2024

Il sottoscritto BALLARENI LORENZO nato il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nella qualità di legale rappresentante della società  
TECNICA & SICUREZZA SRL, con sede in MORI (TN)  
via VIA TERRA NERA, 73/BIS, codice fiscale 01836830222,  
partita Iva 01836830222, con riferimento all'incarico di:  
SVOLGIMENTO FUNZIONI RSPD periodo 2024-2027

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'**

- che i soci della società **NON sono** titolari di incarichi o di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica Amministrazione;
- che i seguenti soci **SONO** 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:

SOCIO: \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

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

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

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

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



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228

SOCIO: \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

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

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

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

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

che la società e i soci svolgono le seguenti attività professionali:

SOCIETA': \_\_\_\_\_

Attività professionale svolta: \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

SOCIO: \_\_\_\_\_

Attività professionale svolta: \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

SOCIO: \_\_\_\_\_

Attività professionale svolta: \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Dichiara altresì che negli ultimi due anni che la società e i soci hanno 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.

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_