Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_/\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e legale rappresentante del soggetto proponente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_, con riferimento all'Avviso pubblicato dalla ASL Rieti " AVVIO DEL PROCEDIMENTO DI CO – PROGRAMMAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI PERSONALIZZATI (PTRP) DA SVILUPPARE IN CO-PROGETTAZIONE CON IL TERZO SETTORE, AI SENSI DELL’ART. 55 E 56 DEL CTS, AL FINE DI MIGLIORARE L’OFFERTA DEI SERVIZI EROGATI DAL DTPSM ASL RIETI IN UN’ OTTICA DI BUDGET DI SALUTE.

SI IMPEGNA FORMALMENTE

A non divulgare e a non rivelare a terzi le informazioni, cognizioni, documenti, disegni, dati tecnici e quant’altro di cui sia venuto e verrà a conoscenza nell’ambito dello svolgimento dell’attività.

Si impegna altresì a non divulgare e a non rivelare a terzi le informazioni, cognizioni, documenti, disegni, dati tecnici e quant’altro, di cui sia in qualsiasi modo venuto a conoscenza o verrà a conoscenza durante il suo rapporto con la ASL Rieti.

Tali informazioni, cognizioni, documenti, disegni, dati tecnici ecc. restano di proprietà esclusiva della ASL Rieti e non potranno formare oggetto da parte del sottoscritto di pubblicazioni, presentazioni, verbali o relazioni in convegni nazionali e internazionali.

Sono esclusi dall’obbligo di non divulgazione tutte quelle informazioni che siano già in possesso del sottoscritto alla data odierna o che divengano di dominio pubblico senza alcuna violazione del presente impegno.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole di dover rispondere penalmente e civilmente per il pregiudizio che potrà essere arrecato alla ASL Rieti in caso di mancato rispetto del presente impegno.

Accetto il foro di Rieti quale foro competente in caso di controversia.

Data .../.../...

Firma del legale rappresentante

N.B.: la dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.