



Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Dichiarazione Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza

L'Ateneo di Bologna, sulla base delle disposizioni contenute nell'art. 53, comma 14 del D.lgs. 165/2001 e nell'art. 15 comma 1 lett. c) del D.lgs. 33/2013 così come modificato dal D.lgs. 97/2016 è tenuto a pubblicare e ad aggiornare l'attestazione dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali.

Pertanto, chiediamo di compilare quanto di seguito riportato. Grazie per la collaborazione.

Il/La sottoscritto/a

FILIPPO BAIOLI

(nome e cognome)

nato/a a RAVENNA prov. RA il 21/03/1981

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

dichiara

☒ l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;

☐ di non svolgere incarichi e né di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali;

☐ di svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e/o lo svolgimento di attività professionali. In tal caso specificare nell'apposita tabella di seguito riportata:

Cariche/incarichi/attività professionali	Ente/società	Data inizio	di	Data fine	di

Luogo e data

27/12/2022

Firma

Filippo Baioli

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DATI ANAGRAFICI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso
BAIOLI	FILIPPO	M

Data di nascita	Comune di nascita	Prov.
21/03/1987	RAVENNA	RA

Codice Fiscale

B	L	A	F	P	P	8	7	C	2	1	H	1	9	9	B
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Residenza e/o Domicilio fiscale

Via	N.	Comune	Prov.	Cap
DOBERDO	19	RAVENNA	RA	48121

Recapito (da compilarsi solo se diverso dal precedente indirizzo)

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

E-mail*

Telefono

Cellulare

filippo.baioli@gmail.com	/	383 3742300
--------------------------	---	-------------

*Le comunicazioni relative ai pagamenti verranno inviate di norma agli indirizzi: @unibo.it; @studio.unibo.it

Chiede che il pagamento del compenso venga effettuato mediante:

☒ Versamento su c/c bancario/bancoposta/Carta prepagata con le seguenti coordinate IBAN (27 caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come da esempio a lato)

ABI CAB Numero conto corrente

IT 96 W 05856 11601 050570111111

AVVERTENZA: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante

CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
IT	61	B	08542	13104	037000142965

AVVERTENZA: i titolari di c/c europei ed extra-europei devono indicare anche:

Codice BIC/SWIFT	Codice ABA/ROUTING NUMBER

Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

Data	Firma
27/12/2022	Filippo Baioli

* Importante: allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la copia di un documento di identità in corso di validità.

INFORMATIVA AI FINI DELLA PRIVACY

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.