

Da acquisire da parte della S.C. che conferisce l'incarico esterno

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA', RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs n. 33/2013) nonché all'assenza di conflitto di interesse (ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs n. 165/2001, e ss.mm.ii.)**

resa ai sensi dell'art. 46 e 47, DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Il/La sottoscritto/a FARSETTA ROSENA

Nato/a ROSENA (Prov.) ES il 10/02/1989

In qualità di (barrare la casella interessata):

- consulente
- collaboratore
- co.co.co.
- componente collegio sindacale
- Componente NVP

incaricato dall'Asst Santi Paolo e Carlo per l'espletamento della/e seguente/i

INFERMIERE

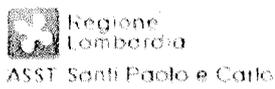
preso atto dell'obbligo di segnalazione di situazioni che possano configurare un conflitto di interesse, anche potenziale, ai sensi del art. 6 bis (Conflitto di interessi) della Legge 7 agosto 1990, n. 241 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi", in combinato disposto con quanto previsto dal DPR 16 aprile 2013, n. 62 in particolare dagli artt. 6 e 7, così come recepito dai piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza e del Codice di Comportamento aziendale.

ai sensi dell'art. 47 del DPR 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. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**  
(barrare la casella di interesse)

Ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs n. 33/2013 e ss.mm.ii.

di non svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

	<b>DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE NONCHÉ ALL'ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE</b>	<b>MODULO 3 ALL 3</b>
---	--	---------------------------

ovvero

- di avere in essere i seguenti incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Tipologia incarico/carica	Soggetto conferente	Periodo di riferimento (data inizio conferimento e cessazione incarico)	Compensi

**DICHIARA inoltre** (barrare la casella di interesse)

- che non sussistono relazioni di parentela o affinità<sup>1</sup>, o situazioni di convivenza, con i dirigenti o dipendenti con poteri autoritativi dell'Asst Santi Paolo e Carlo
- di non avere avuto nel corso del triennio precedente alla data della presente dichiarazione e di non avere ancora in corso, rapporti economici e/o finanziari con soggetti privati detentori di interessi in contrasto con l'Asst Santi Paolo e Carlo

oppure

- di non svolgere attività professionali;

ovvero

- di svolgere attività professionali:

Soggetto conferente	Periodo di svolgimento della prestazioni	Oggetto della prestazione	Compensi
ASST SEINE LAGHI	1/03/2025	PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE IN SALA OPERATORIA	—
MATER OLBIA	15/02/2025	—	—

**SI IMPEGNA inoltre**

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata

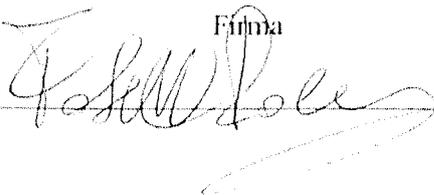
---

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO  
SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA  
TITOLARITA' DI CARICHE, IN ENTI DI  
DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI  
DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE  
NONCHE' ALL'ASSENZA DI CONFLITTO DI  
INTERESSE

MODULO 3  
ALL 3

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i dati personali saranno oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge. I dati saranno trattati dall'Asst Santi Paolo e Carlo, in qualità di titolare del trattamento, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 come novellato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

Milano, 21/02/2025

Firma  


In caso di firma autografa, allegare copia del documento di identità

(1)

Parentela		Affinità	
Grado	Rapporto con il dichiarante	Grado	Rapporto con il dichiarante
1	Padre, madre, figlio, figlia	1	Suoceri, figli del coniuge
2	Nonni, fratelli/sorelle, nipoti	2	Nonni del coniuge, cognati, figli dei figli del coniuge

