



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹

TERZA SEZIONE

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SU INVITO AD EVENTI ORGANIZZATI DA TERZI

NOME..... ANNA LISA SETTIMIA

COGNOME..... CAPUANO

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di un invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato all'evento/i di cui alla seguente tabella, organizzato da terzi, in relazione al/i quale/i le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi².

Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero³.

SI

NO

Luogo e Data S. MARIA CV, 20/12/17

IL DICHIARANTE.....

Anna Lisa Settimia Capuano

¹ I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza – vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione – Parte sanità.

² Compilare la tabella successiva con le specifiche ivi indicate, nonché specificare le modalità di pagamento distinguendo se percepito direttamente e/o se avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui il professionista opera. Se si risponde affermativamente a quest'ultimo caso, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione.

³ Se si risponde affermativamente, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione; in caso contrario va sottoscritta dal medesimo dichiarante.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tab.5

5.1 SOGGETTO TERZO CHE HA RIMBORSATO/SOSTENUTO LE SPESE	NOME		ARGEN		
	FUNZIONE				
	INDIRIZZO		MILANO		
5.2 TIPO DI SPESE COPERTE	VIAGGIO	NO	SI	Se SI indicare: TIPO (ad es. volo, treno)	
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CATEGORIA (ad es. economy, business)	TRENO
	ALLOGGIO	NO	SI	Se SI indicare: NOME DELL'ALBERGO	HOTEL NH COLLECTION GIUSSINIANO - ROMA
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N° DI PERNOTTAMENTI	3
SPESE DI SOGGIORNO	NO <input type="checkbox"/>	SI/IN PARTE <input checked="" type="checkbox"/>	Se SI/IN PARTE (inserire i dettagli nella sezione sottostante riservata alle note)		
5.3 DETTAGLIO DELL'EVENTO	DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)		24-26 NOVEMBRE 2017		
	TIPO DI EVENTO (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).		XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE SIFO		
	LUOGO		ROMA		



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

NOTE:

N. 3 GEN E

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della prevenzione della corruzione.

Luogo e Data S. MARIA C.V. 20/12/14

IL DICHIARANTE

Anna Lisa Settina Caf

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data S. MARIA C.V. 20/12/14

IL DICHIARANTE

Anna Lisa Settina Caf