

Modello - DICHIARAZIONE EX ART.47 DEL DPR 445/2000 DI SUSSISTENZA/INSUSSISTENZA DI RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON SOGGETTI PRIVATI, DI INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI AI SENSI DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI PUBBLICI, APPROVATO CON DPR 62/2013 E DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ASL CASERTA APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 994 DEL 29.07.2014

Il/La sottoscritto/a ASCIONE LIBERATA cf. SNLRTFSES8F839T

Dipendente/collaboratore con la qualifica di FISIOTERAPISTA a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del D.P.R. 16.04.2013, n. 62 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che non si trova in alcuna delle situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi di seguito esemplificate tali da ledere l'imparzialità del proprio corretto agire amministrativo, ovvero:

- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi propri;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi del coniuge/convivente more uxorio, parenti o affini entro il secondo grado;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di persone con le quali ha rapporti di frequentazione abituale;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di soggetti od organizzazioni con cui il sottoscritto o il proprio coniuge ha causa pendente;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di soggetti od organizzazioni con cui il sottoscritto o il proprio coniuge ha grave inimicizia;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di soggetti od organizzazioni con cui il sottoscritto o il proprio coniuge ha rapporti di credito o debito significativi;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di soggetti od organizzazioni di cui il sottoscritto sia tutore, curatore, procuratore o agente;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di enti, associazioni, anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui il sottoscritto sia amministratore o gerente o dirigente;
- altro (specificare ulteriori gravi ragioni di convenienza che comportano l'obbligo di astensione)

di impegnarsi ad aggiornare tempestivamente la presente dichiarazione in caso di mutamento dei presupposti e in caso di modifiche a quanto in essa dichiarato, nonché a segnalare tempestivamente ogni situazione di conflitto di interessi, anche potenziale.

DICHIARA ALTRESI'

1. di non avere e di non aver avuto negli ultimi tre anni rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti o enti privati in qualunque modo retribuiti;
2. di avere o aver avuto negli ultimi tre anni i sotto indicati rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti o enti privati in qualunque modo retribuiti:

Denominazione soggetto privato	Tipologia di rapporto di collaborazione retribuito	Periodo	
		(dal GG/MM/AA al GG/MM/AA)	
		Dal	al

Tel.0823-445140 Fax 0823-445138 0823-1764479

Email michele.tari@aslscaserta1

mail@aslscaserta1.it

Pec : anticorruzione.trasparenza@pec.aslscaserta.it

		Dal	al
--	--	-----	----

che il sottoscritto:

A TAL FINE PRECISA

1. ha ancora rapporti finanziari con i soggetti con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione, come di seguito riportato:

Denominazione soggetto privato	Tipologia di rapporto di collaborazione retribuito	Annotazioni

2. non ha più rapporti finanziari con i soggetti con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
 3. che i sotto indicati interessati ⁽¹⁾ hanno ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione:

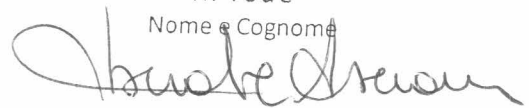
Nome e cognome	Rapporto con il dichiarante	Denominazione soggetto privato

Il/la sottoscritto ASCUONE LIBERATI dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Tale dichiarazione verrà pubblicata sul sito Aziendale alla sezione "Amministrazione trasparente".
Allega alla presente documento di identità in corso di validità.

Luogo e data della sottoscrizione 10/08/16 S. EUPRIMO D'AVERSA

In fede

Nome e Cognome



L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il dipendente/collaboratore sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(1) Vanno indicati il coniuge, il convivente o parenti/affini entro il secondo grado, come da tabella che segue:

PARENTELA		AFFINITA'	
E' il vincolo che unisce le persone che discendono dalla stessa persona		E' il vincolo che unisce un coniuge ed i parenti dell'altro coniuge.	
Grado	Rapporto di parentela con il dichiarante	Grado	Rapporto di affinità con il dichiarante
1	padre e madre figlio o figlia	1	suocero o suocera del titolare figlio o figlia del coniuge
2	nonno o nonna nipote (figlio del figlio o della figlia) fratello o sorella	2	nonno o nonna del coniuge nipote (figlio del figlio del coniuge) cognato o cognata

Tel. 0823-445140 Fax 0823-445138 0823-1764479

Email michele.tari@aslcaserta1

mail@aslcaserta1.it

Pec: anticorruzione.trasparenza@pec.aslcaserta.it