| Sistema Socio Sanitario<br>Regione Lombardia<br>ASST Santi Paolo e Carlo | 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**<br>**ALL 3** |
|---|---|---|

**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 BIANCHI SANDRA

Nato/a MONZA (Prov.) MB il 16.02.1955

In qualità di (barrare la casella interessata):

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

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

---

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.

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

---

| Sistema Socio Sanitario<br>Regione Lombardia<br>ASST Santi Paolo e Carlo | 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**<br>**ALL 3** |
|---|---|---|

*ovvero*

o 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)

X che non sussistono relazioni di parentela o affinità[1], o situazioni di convivenza, con i dirigenti o dipendenti con poteri autoritativi dell'Asst Santi Paolo e Carlo

X 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*

o di non svolgere attività professionali;

*ovvero*

X di svolgere attività professionali:

| Soggetto conferente | Periodo di svolgimento della prestazioni | Oggetto della prestazione | Compensi |
|---|---|---|---|
| ASST SANTI PAOLO e CARLO | 01.05.2023<br>30.11.2023 | MEDICO PENITENZIARIO | 32€/h |
| | | | |

**SI IMPEGNA inoltre**

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata

| Sistema Socio Sanitario<br>Regione Lombardia<br>ASST Santi Paolo e Carlo | 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**<br>**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, 27.08.2023

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 |