

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia 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 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 <u>Dr. DARAWSH ABD EL HAKIM</u>	
Nato/a <u>ISRAELE</u>	(Prov.) <u>IL</u> il <u>30-01-1959</u>
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 <u>MEDICO SIAS - DI ASSISTENZA C/O C. C. SAN VITTORE - MI -</u>	
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

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia 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 ALL 3
---	---	------------------------------------

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
COLLABORATORE LIBERO PROFESSIONISTA	I.L.M.I	01-01-2023	36 € / ora
			50-60 ore mensile.

DICHIARA inoltre (barrare la casella di interesse)

- ☒ che non sussistono relazioni di parentela o affinità¹, 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

SI IMPEGNA inoltre

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia 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 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, 08/06/2023

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

Cognome.....DARAWSH.....
 Nome.....ABD. EL. HAKIM.....
 nato il.....30/01/1959.....
 (atto n.-P-...-S...-...)
 a.....IKSAL (.....)
 Cittadinanza.....ISRAELIANA.....
 Residenza.....MILANO.....
 Via.....UCCELLO PAOLO N. 15.....
 Stato civile.....CONIUGATO.....
 Professione.....MEDICO CHIRURGO.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura.....1,76.....
 Capelli.....BRIZZOLATI.....
 Occhi.....AZZURRI.....
 Segni particolari.....


 Firma del titolare *Darawsh*
 Milano 04/06/2013
 IL SINDACO
 Impronta del dito indice sinistro Demeo-Silvana
Silvana Demeo
 Euro 5,42

