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 LAURA LAZZARONI.

Nato/a MAGENTA (Prov.) MI il 11.10.1978

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

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

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)

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

○ 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,

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Santi Paolo e Carlo

S.C. Economico Finanziaria

Milano, data 10/1/23

SCHEDA ANAGRAFICA

COGNOME E NOME LAZZARONI LAURA

DATA DI NASCITA 11. 10 . 1978

LUOGO DI NASCITA MAGENTA Prov. MI

CODICE FISCALE LZZLRA78R51E801C

PARTITA IVA INDIVIDUALE n. IT 06556190962

ISCRIZIONE CASSA DI PREVIDENZA ENPAM

RESIDENZA Via GIROTTI N° 63

Citta' BAREGGIO Prov. MI Cap 20010

Codice CATASTALE Comune A652

TELEFONO 3489253618

EMAIL lalazza78@gmail.com

IBAN IT52S0306932470100000007921

CONTRATTO PRESSO:

- [ ] Presidio San Paolo, ATS, Serd, Cl. Odonto
- [x] Presidio San Carlo, Istituti Penitenziari

FIRMA E TIMBRO

Laura Lazzaroni

tema Socio Sanitario

Regione Lombardia

SST Santi Paolo e Carlo

accolta dati Consulente Libero Professionista per la trasmissione degli ordini tramite NSO

Dati identificativi del fornitore		
Ragione Sociale	C.F.	P.IVA
MEDICO	LZZLPA78R54E801C	IT06556190962

Dati per il recapito degli ordini elettronici		Contatti	
Canale di ricezione	POSTA CERTIFICATA	Indirizzo e-mail	Contatto telefonico
	lalazza78@pec.it	lalazza78@gmail.com	3489253618