

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

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>LUCCHI PATRIZIA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |
| Nato/a <u>CESSNA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (Prov.) <u>PC</u> il <u>30/01/1984</u> |
| In qualità di (barrare la casella interessata):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> consulente<br><input type="checkbox"/> collaboratore<br><input type="checkbox"/> co.co.co.<br><input type="checkbox"/> componente collegio sindacale<br><input type="checkbox"/> Componente NVP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |
| incaricato dall'Asst Santi Paolo e Carlo per l'espletamento della/e seguente/i                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
| <u>MEDICO PRONTO SOCCORSO</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<br> Regione Lombardia<br>ASST Santi Paolo e Carlo | <b>DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO<br/>         SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA<br/>         TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI<br/>         DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI<br/>         DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE<br/>         NONCHE' ALL'ASSENZA DI CONFLITTO DI<br/>         INTERESSE</b> | <b>MODULO 3<br/>         ALL 3</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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<br>(data inizio<br>conferimento e<br>cessazione incarico) | Compensi |
|---------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                           |                     |                                                                                  |          |
|                           |                     |                                                                                  |          |

**DICHIARA inoltre** (barrare la casella di interesse)

- ☒ che non sussistono relazioni di parentela o affinità<sup>1</sup>, 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<br>svolgimento della<br>prestazioni | Oggetto della<br>prestazione | Compensi |
|---------------------|------------------------------------------------|------------------------------|----------|
|                     |                                                |                              |          |
|                     |                                                |                              |          |

**SI IMPEGNA inoltre**

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Sistema Socio Sanitario<br> <b>Regione Lombardia</b><br><b>ASST Santi Paolo e Carlo</b> | <b>DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO<br/>         SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA<br/>         TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI<br/>         DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI<br/>         DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE<br/>         NONCHE' ALL'ASSENZA DI CONFLITTO DI<br/>         INTERESSE</b> | <b>MODULO 3<br/>         ALL 3</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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, **15/10/2023**

Firma

*Patrizia Lucchi*

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 |