

|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <p>Sistema Socio Sanitario<br/>Regione Lombardia<br/>ASST Santi Paolo e Carlo</p> | <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> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|

**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>Malafronte Rosaria</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Nato/a <u>vico equense</u> (Prov.) <u>NA</u> il <u>02/12/1994</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| In qualità di (barrare la casella interessata):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <input checked="" type="radio"/> consulente<br><input type="radio"/> collaboratore<br><input type="radio"/> co.co.co.<br><input type="radio"/> componente collegio sindacale<br><input type="radio"/> Componente NVP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| incaricato dall'Asst Santi Paolo e Carlo per l'espletamento della/e seguente/i                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Incarico libero professionale di Psicologo presso UONPIA Territoriale e psicopatologie dell'età evolutive nell'ambito del Progetto "Abbattimento Lista d'attesa".</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <p>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.</p> |  |

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <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                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A.R.P. Associazione per la<br>Ricerca in Psicologia clinica     | 1. dal 2016 ad oggi.<br><br>2. 01/02/2022 al 30/06/ 2022. | 1. Tutor dell'apprendimento<br>2. operatore negli interventi di<br>Prevenzione dei disturbi alimentari<br>nelle scuole primarie (progetto<br>Foodnet) | 1. 30. euro per ciascuna<br>ora<br><br>2. 35,00 euro per ciascuna ora<br>(12 ore)                   |
| Istituto comprensivo IC TOMMASO<br>GROSSI (MILANO) - MIIC8B8007 | dal 11/10/2021 al 30/06/2022                              | Insegnante di sostegno<br>psicofisico - contratto di lavoro<br>a tempo indeterminato                                                                  | 21819,63 euro STIPENDIO<br>ANNUO LORDO.<br>(importo comprensivo<br>della 13 <sup>a</sup> mensilità) |

**SI IMPEGNA inoltre**

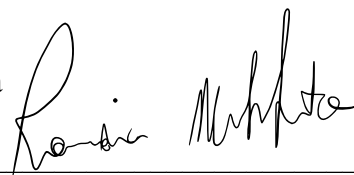
a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata

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

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, 4 maggio 2022

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 |