

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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 NGUYEN VIET DUNG

Nato/a VIETNAM (Prov.) EE il 11/02/1998

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

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO

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> <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> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

*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

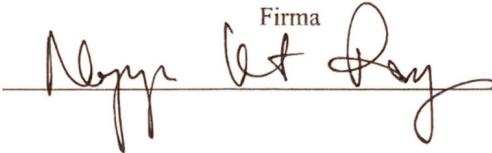
---

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Sistema Socio Sanitario<br> 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> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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, 20/01/2025

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 del figli del coniuge |

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

## NOTA INFORMATIVA – CONFLITTO DI INTERESSI

La normativa sulla prevenzione della corruzione ed in particolare il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, che introduce il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare, affrontando in particolare il tema del conflitto di interessi.

**Conflitto di interessi, reale o potenziale, si ha quando una data relazione intercorrente tra un dipendente ed altri soggetti possa risultare in qualche modo di pregiudizio per l'Azienda, in particolare quando vi sia il rischio che un interesse secondario o privato possa condizionare gli atti riguardanti un primario interesse istituzionale.**

Il conflitto di interessi può riguardare interessi di qualsiasi natura e ricondursi a tutti i casi in cui sussista il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione all'interno dell'Azienda per favorire se medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato, o nei casi in cui possa essere comunque messa in dubbio l'imparzialità del dipendente.

**In ambito sanitario si verifica un conflitto di interessi «quando ci si trova in una condizione nella quale il giudizio professionale, riguardante un interesse primario (la salute di un paziente, la veridicità dei risultati di una ricerca, ..) tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario (guadagno economico, vantaggio personale).**

La corruzione è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto c'è sempre il prevalere di un interesse secondario su uno primario.

**Per garantire un agire obiettivo il dipendente deve:**

1. evitare ogni conflitto di interessi che possa essere evitato;
2. rendere trasparenti/pubblici tutti i legami che possono variamente interferire con il proprio giudizio;
3. attenersi alle linee guida di comportamento individuate in Azienda.

**Le potenziali conseguenze di un conflitto di interessi mal gestito sono:**

1. **Responsabilità disciplinare del dipendente:** suscettibile di essere sanzionato con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento.
2. **Illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo:** quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

### **Conflitto di interessi – Dipendenti cessati**

La legge anticorruzione ha integrato inoltre l'art. 53 del D.Lgs n. 165/2001, recante la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi per i dipendenti pubblici, inserendo il comma 16ter che riguarda lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro. Tale norma prevede che i dipendenti, che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto sopra sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti che li hanno conclusi o conferiti di contrarre con le pubbliche amministrazioni di riferimento per i successivi tre anni con l'obbligo di restituzione dei compensi. I dipendenti interessati sono coloro che per ruolo e posizione ricoperta in Azienda, hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e quindi, coloro che hanno esercitato il potere negoziale in ordine allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, responsabili di procedimento, ...).