

CHECK LIST ANTICORRUZIONE

DIPARTIMENTO_____

STRUTTURA_____

Nell'ambito dell'attività lavorativa ha rilevato azioni scorrette o in contrasto con la normativa anticorruzione? NO

- ☐ Se si quali?

1) I dipendenti dell'area hanno fatto formazione sul codice di comportamento? SI

- ☐ Se si quale?

- ☐ Se no: - ritiene utile questo tipo di formazione?
- per quali figure?

2) Ha registrato, nell'ambito dell'attività lavorativa, qualche conflitto di interesse? NO

- ☐ Se si quale?

Eventuali osservazioni

.....
.....
.....

- ☐ I° semestre
☐ II° semestre

Data:

Il Responsabile della Struttura

Dr.

Preso atto delle Check list dei responsabili delle Strutture di competenza:

Il Direttore del Dipartimento

Dr. _____

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIAN LUIGI FERRI

DATA FIRMA: 27/01/2026 14:35:33

IMPRONTA: 37386434346634333964653938306466336336396361383963383339666337333236313461373562