

**DICHIARAZIONE DIRIGENTI APICALI, DI STRUTTURA, CONSULENTI E COLLABORATORI<sup>1</sup>**  
**(art. 15, comma 1, lett. c e art. 41, comma 3 del D.Lgs. 33/2013)**

All'Amministrazione

Il/La sottoscritto/a Rosa Ferlisi \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

☐ in relazione all'attività di consulenza/collaborazione \_\_\_\_\_

di cui alla delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ presso la struttura organizzativa \_Anestesia e Rianimazione di Cecina\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ afferente al dipartimento \_\_\_\_\_

☐ dipendente matricola \_\_\_\_\_ con qualifica \_\_\_\_\_

☐ direttore del dipartimento \_\_\_\_\_

☐ direttore della struttura organizzativa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ afferente al dipartimento \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e dei controlli che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate,

**DICHIARA**

X di non ricoprire alcun incarico e di non essere titolare di alcuna carica in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione e di non svolgere alcuna attività professionale;

☐ di ricoprire i seguenti incarichi o di avere la titolarità delle seguenti cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Denominazione e P.IVA/Codice Fiscale dell'Ente	Descrizione dell'incarico o della carica ricoperta	Estremi dell'atto di incarico o di nomina

e/o di svolgere le seguenti attività professionali:

Tipologia e descrizione dell'attività professionale	Sede legale	P.IVA/Codice Fiscale
---	-------------	----------------------

<sup>1</sup> Da compilare da parte del Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore dei Servizi Sociali, Direttori di Dipartimento, Direttori di Strutture Semplici e Complesse, consulenti e collaboratori aziendali, al momento dell'assunzione dell'incarico. Destinato alla pubblicazione sul sito Amministrazione Trasparente.

Tipologia e descrizione dell'attività professionale	Sede legale	P.IVA/Codice Fiscale

**DICHIARA INOLTRE**

- L'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi ai sensi degli artt. 6/2 e 7 del D.P.R. 62/2013;
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale, nonché delle norme negli stessi contenute.

In relazione a quanto sopra descritto, il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle situazioni sopra indicate e autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali sopra riportati ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000 allega copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

\_\_Pisa 12/01/2024\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_