

# 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 (nome cognome) ANDREA PIERINI

nato/a [REDACTED] il [REDACTED]

Ω in relazione all'attività di consulenza/collaborazione LIBERO PROFESSIONALE

DIRIGENTE PSICOLOGO SPECIALIZZATO IN PSICOTERAPIA

di cui alla delibera n. 919 del 12/10/2013 presso la struttura organizzativa S.P.D.C.

PRESIDIO OSPEDALIERO LIVORNO afferente al dipartimento UF SALUTE MENTALE ADULTI - ZONA LIVORNESE

Ω dipendente matricola \_\_\_\_\_ con qualifica \_\_\_\_\_

○ direttore del dipartimento \_\_\_\_\_

○ direttore della struttura organizzativa \_\_\_\_\_

affерente 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

☒ 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;

Ω 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 |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |

<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.

e/o di svolgere le seguenti attività professionali:

| 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

FIRENZE,

18/01/2024

Firma leggibile

