

DICHIARAZIONE DIRIGENTI APICALI, DI STRUTTURA, CONSULENTI E COLLABORATORI¹

(art. 15, comma 1, let. c e art. 41, comma 3 del D.Lgs. 33/2013)

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Il/La sottoscritto/a (nome cognome_sottoscritto_Daniele Tornar___nato/a Livorno

il ~~01/11/2018~~

☒ in relazione all'attività di consulenza/collaborazione in qualità di Medico di categoria dell'Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi Civili di Livorno, presso le Commissioni per l'Accertamento delle invalidità con lettera di incarico del 4/4/2019

di cui alla delibera n. _____ del _____ presso la struttura organizzativa _____
_____ afferente al dipartimento _____

- ☐ dipendente matricola _____ son quali sa _____
- 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 art. 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

- ☒ all'atto del conferimento dell'incarico, 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 finanziate 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

1 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 art. 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 sostenute.

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, somma 3 del D.P.R. 445/2000 allega copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Livorno 29-7-24

Firma leggibile

