

**ATTESTAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE PER
CONSULENTI E COLLABORATORI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001

Il sottoscritto Avv. Ruggiero Bollino nella qualità di CONSULENTE con riferimento all'attività di difensore di fiducia giusta determinazione 984 del 27.06.2024

Visto l'art. 53 del D.lgs. 165 del 2001 e successive modifiche;

- Vista la normativa concernente il limite massimo per emolumenti o retribuzioni (art. 23 ter del dl n. 201/2011, convertito con modificazioni dalla legge n. 214/2011; art. 1, commi 471 e seguenti, della legge n. 147/2013; art. 13 del dl n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla legge n. 89/2014);
- Visto il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.;
- Visto il D.Lgs. n. 33/2013, ed in particolare l'art. 15, comma 1;
- Visto il D.L.gs. n. 39/2013;
- Visto il Codice di comportamento dell'ASL di Foggia;
- Visto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASL di Foggia;
- Consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di dichiarazioni false e mendaci rese ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

espressamente di accettare e rispettare le disposizioni contenute nel Codice di comportamento dell'ASL di Foggia;

di non aderire ad associazioni, circoli od altri organismi di qualsiasi natura le cui finalità abbiano relazione con l'attività dell'ASL di Foggia;

di aderire alle seguenti associazioni, circoli od altri organismi di qualsiasi natura le cui finalità abbiano relazione con l'attività dell'ASL di Foggia

Associazione – circolo - altri organismi	Denominazione

di non avere, direttamente o per interposta persona, interessi economici in enti, imprese e società collegate all' ASL di Foggia;

di non percepire da enti di diritto privati regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ivi comprese le Autorità amministrative indipendenti, alcun provento;

- di percepire da enti di diritto privati regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ivi comprese le Autorità amministrative indipendenti, i seguenti proventi:

Soggetto conferente	Tipologia incarico	Periodo di riferimento	Proventi percepiti a carico della finanza pubblica

X di non svolgere attività lavorative/professionali o aver assunto impegni, anche con soggetti privati o a titolo gratuito, nel periodo di vigenza del rapporto con l' ASL di Foggia;

- di svolgere le seguenti attività lavorative/professionali o aver assunto i seguenti impegni, anche con soggetti privati o a titolo gratuito, nel periodo di vigenza del rapporto con l'ASL di Foggia:

Soggetto conferente	Tipologia incarico	Periodo di riferimento

X che non sussistono situazioni, anche potenziali di conflitto di interessi in relazioni alle attività svolte

X di non avere o non aver avuto rapporti di collaborazione e di non essere a conoscenza di rapporti di propri parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente, in qualunque modo retribuiti e intrattenuti negli ultimi tre anni con soggetti privati;

- di avere o aver avuto rapporti di collaborazione ovvero di essere a conoscenza di rapporti di propri parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente, in qualunque modo retribuiti e intrattenuti negli ultimi tre anni, con i seguenti soggetti privati:

Soggetto privato	Tipo di rapporto	Soggetto beneficiario	Rapporto di parentela	Periodo di riferimento

Il sottoscritto si impegna, altresì, a trasmettere al competente Ufficio dell'ASL di Foggia, il curriculum vitae in formato europeo, con estensione pdf e firmato digitalmente, senza dati personali eccedenti o non pertinenti, nonché a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara di essere informato/a che, ai sensi dell'articolo 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'ASL di Foggia, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente, nonché comunicata al Dipartimento della Funzione Pubblica tramite la procedura "Perla PA".

La presente dichiarazione è resa ai sensi delle art 46 e seguenti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Luogo e Data

Firma Digitale

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, Si informa che il trattamento dei dati conferiti con la compilazione del presente modulo sono finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato; il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE 2016/679 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.) avendo come riferimento il Responsabile della protezione dei dati dell'ASL di Foggia. Per informazioni dettagliate ed aggiornate si rinvia al sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia>, nell'apposita sezione Privacy.

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE**

Il Dirigente della Struttura

Visto l'art. 53, comma 14, del d.lgs. 165/2001, come modificato dalla legge 190/2012 e la sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del vigente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) che prevede che il conferimento di ogni incarico professionale/consulenza a soggetti esterni sia subordinato all'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi;

- Acquisito il curriculum vitae dell'interessata ai sensi dell'art. 15 d.lgs. 33/2013 e delibera ANAC 1310/2016 e successive;
- Acquisita la prescritta dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sull'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi da parte del soggetto incaricato;

ATTESTA

a seguito dell'esame del curriculum e sulla base della dichiarazione sopra citati, l'avvenuta verifica sull'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in capo a per lo svolgimento dell'incarico in oggetto.

Data.....

Il Dirigente/Responsabile

Firma Digitale