

Dichiarazione sull'assenza cause di conflitto d'interesse e incompatibilità

Il sottoscritto **Serrone Nicola**, nato a _____, in riferimento alla proposta di incarico da parte di ARESS in qualità di **Consulente Tecnico di Parte** ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) di non avere, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla mia imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura in esame;
- 2) di non svolgere o di non aver svolto altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente alla procedura in esame;
- 3) di non avere concorso, in qualità di Consulente Tecnico di Parte, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi, con dolo o colpa grave accertata in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa;
- 4) che non sussistono, relativamente alla procedura in esame, interessi propri, ovvero per quanto di conoscenza
 - di parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi;
 - di persone con le quali si abbia rapporti di frequentazione abituale;
 - di soggetti od organizzazioni con cui si hanno causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
 - di soggetti od organizzazioni di cui si è tutore, curatore, procuratore o agente
 - di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui si è amministratore o gerente o dirigente;
- 5) di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- 6) di non avere svolto, nei due anni precedenti, incarichi e ricoperto cariche presso uno dei partecipanti alla procedura;
- 7) di non incorrere, al fine della nomina a Consulente tecnico di Parte, nelle condizioni di incompatibilità di cui alla Legge Anticorruzione (L. n. 190/2012) e al D.Lgs. n. 39/2013;

- 8) di non incorrere, al momento dell'assunzione dell'incarico, nelle cause di incompatibilità e di astensione di cui all'articolo 77, commi 4, 5 e 6, del D.Lgs. 18/04/2016, n. 50;
- 9) di astenersi da qualsiasi decisione in caso di sopravvenienza di un conflitto di interessi, anche solo potenziale, effettuando le opportune segnalazioni ai vertici dell'Amministrazione per l'adozione dei necessari provvedimenti;
- 10) di impegnarsi a mantenere riservati tutti i dati e le informazioni di cui in possesso in ragione delle attività svolte, a non divulgarli e a non farne un uso illecito;
- 11) di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova, opportunamente aggiornata.

Luogo e data

Firma digitale



AReSS

Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale

Regione Puglia

Servizio Finanze e Controllo

Dichiarazione dei DATI PERSONALI PER I COLLABORATORI ESTERNI

Il sottoscritto SERRONE NICOLA nato/a _____

in riferimento al contratto prot. AReSS n. _____ del _____ di cui alla DDG AReSS n. 93/24 del 07/06/24, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di rientrare nelle seguenti condizioni:

- di essere libero professionista associato al seguente studio professional _____
- di essere titolare del seguente numero di PARTITA IVA: _____
- di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale: _____

di essere dipendente di altra Pubblica Amministrazione di seguito specificata:

Denominazione AOUC POLICLINICO DI BARI _____

Indirizzo sede Piazza Giulio Cesare n°11 _____

Pec _____

Allega relativa autorizzazione, al fine degli adempimenti di legge ai sensi dell'art. 53 co. 11 D.Lgs. 165/2001 s.m.i.

di indicare i seguenti dati di conto corrente **intestato o cointestato al collaboratore** per il corrispettivo della prestazione:



Dichiarazione di titolarità di posizione contributiva ai fini previdenziali

In relazione all'incarico conferito il

0	7	0	6	2	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---

con decorrenza dal

0	7	0	6	2	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---

 al

--	--	--	--	--	--	--	--

e consistente nella seguente prestazione **C o n s u l e n z a t e c n i c a d i P a r t e** _____

DICHIARA

Altresì, di rientrare in una delle seguenti casistiche:

INCARICO DI LAVORATORE AUTONOMO PROFESSIONALE DI CUI ALL'ART. 53 TUIR

ATTENZIONE.

Dal 14 luglio 2018 i professionisti non devono più fatturare a split payment. La fatturazione dovrà avvenire obbligatoriamente in maniera elettronica indicando il seguente univoco ufficio: UF207N. Ulteriori informazioni sono reperibili dal link: <https://www.sanita.puglia.it/web/aress/fatturazione-elettronica-pa>.

di operare in regime Ordinario RF01;

di operare in regime Forfettario RF19 (regime fiscale da indicare in FE) - art. 1, co. da 54 a 89, L.90/2014;

di operare in regime dei Minimi RF02 (regime fiscale da indicare in FE) - art. 27 del D.L. n. 98/2011

La situazione relativa al regime va menzionata anche in fattura elettronica con l'indicazione della norma di riferimento secondo le specifiche del tracciato.

Ritenuta d'acconto

X 20%

altro: _____

Cassa di previdenza:

2 %

4 %

Gestione separata INPS



LAVORATORE AUTONOMO OCCASIONALE DI CUI ALL'ART. 67 TUIR, NON POSSESSORE DI P.IVA

X NON soggetto a ritenute previdenziali di cui alla Gestione Separata INPS prevista dalla L. 335/1995, in quanto il reddito complessivo annuale occasionale (incluso anche altri committenti e il compenso del presente contratto) non supera euro 5000,00 (cinquemila/00);

Soggetto a ritenute previdenziali di cui alla Gestione Separata INPS prevista dalla L. 335/1995, in quanto il reddito complessivo annuale occasionale (incluso anche altri committenti e il compenso del presente contratto) supera euro 5000,00 (cinquemila/00), ma non supera il massimale di reddito previsto dall'articolo 2, comma 18, della legge n. 335/1995, di € **103.055,00** (o diverso massimale che sarà comunicato appena l'Inps lo renderà noto).

SE OLTRE 5000 EURO

di NON essere iscritto/a a forme pensionistiche obbligatorie e quindi di aver inoltrato la domanda di iscrizione alla gestione separata INPS, di cui all'art. 2 comma 26 L. 335/1995: applicazione contributo Inps del **33,72%**, sulla parte che eccede i 5000 euro pari a _____;

di essere iscritto/a a forme pensionistiche obbligatorie o di essere titolare di pensione e di essere iscritto alla gestione separata INPS di cui all'art. 2 comma 26 L. 335/1995: applicazione contributo INPS del **24%**, sulla parte che eccede i 5000 euro pari a _____;

e di aver aperto la posizione contributiva (gestione separata) presso la sede I.N.P.S di _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE n. 679/2016

Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016, l'AReSS Puglia informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi della normativa indicata, La informiamo che i dati personali, da Lei forniti, saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto di collaborazione con l'AReSS Puglia.

L'eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l'impossibilità per l'AReSS di procedere alla formalizzazione dell'incarico di cui sopra e/o al pagamento del corrispettivo.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione a mezzo pec a finanziario.aress@pec.rupar.puglia.it.

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante
(per esteso e leggibile)

firmato digitalmente

Si allega copia del documento di identità n. _____

