

Dichiarazione assenza conflitto di interesse consulenti e collaboratori- Dichiarazione di svolgimento altri incarichi o titolarità di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o svolgimento attività professionali

Al Direttore dell'ASR Abruzzo

p.c. Al Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione

OGGETTO: *Dichiarazione di assenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse e Dichiarazione di svolgimento altri incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o svolgimento di attività professionali*

Il/la Sottoscritto/a PISCIONE ANTONIO nato/a a RESANA il 14/11/1968,

C.F. PSCATN68S146482J

P.Iva 01433960687

per l'incarico avente ad oggetto: REVISORE UMCO AGENZIA
SANTANA REGIONALE

A CONFERTA

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14 secondo periodo, del D. Lgs. N. 165/2001 e ss.mm. e ii.

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza/collaborazione nell'interesse dell'Ente;
- di accettare le condizioni contrattuali previste nella delibera di incarico;
- di aver preso piena cognizione del DPR 16 aprile 2013, n. 62 (regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e del Codice di Comportamento dell'ASR Abruzzo e delle norme negli stessi contenute;

DICHIARA ALTRESI'

per gli effetti dell'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013

° di non svolgere incarichi o avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

° dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

- Ente/Società _____ incarico/carica _____
dal _____ al _____
- Ente/Società _____ incarico/carica _____ dal
_____ al _____

° di non svolgere attività professionali;

° lo svolgimento delle seguenti attività professionali:

DOTTORE COMMERCIALISTA E REVISORE
DEI CONTI

° di aver avuto nel corso degli ultimi tre anni i seguenti rapporti di collaborazione o consulenza, comunque denominati, in qualunque modo retribuiti: COL REGIONE E IO ASR: NESSUNO
dal _____ al _____: _____

Il/la sottoscritto/a, preso atto che, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla predetta legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara che le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero.

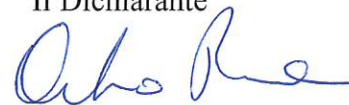
Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR n. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Agenzia.

Luogo e Data

Pescara, 06/10/2020

Il Dichiarante



Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in conformità a quanto previsto dal d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.

Tali dati saranno conservati su archivi cartacei ed elettronici; tali dati potranno inoltre essere utilizzati per fini del rispetto degli obblighi inerenti la trasparenza amministrativa (D.Lgs.33/2013 e ss.mm.) che prevede la pubblicazione dei curricula dei consulenti e collaboratori sul sito istituzionale dell'ASR, accessibile a tutti gli utenti nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla legge.

Pescara, 06/10/2020

Il Dichiarante

