ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse (art. 53 d.lgs. n. 165/2001 come modificato dalla legge 190/2012)

Il Responsabile

Visto l'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012, che prevede che il conferimento di ogni incarico sia subordinato all'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse;

Vista la dichiarazione circa le attività svolte e gli impegni assunti, rese, ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.lgs. n. 165/2001, del Dott.Filippo Matteo Petrelli;

Verificato che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse per lo svolgimento dell'incarico affidato

ATTESTA

l'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 53 d.lgs. n. 165/2001, come modificato dalla legge 190/2012.

La presente attestazione è pubblicata sul sito istituzionale dell'ASR e viene, altresì, trasmessa al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Pescara, 31 Agosto 2020

ASR ABRUZZO AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Il RPCT
Dott.ssa Manuela Fini

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

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~~ MATEO FILIPPO PETRELLI nato/~~a~~ a PESCARA Il 18/8/1994,
C.F. PTRMTF94M18G482W
P.Iva .....
per l'incarico avente ad oggetto: BORSA DI STUDIO (DELIBERA N 2/2020)

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:

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

- Ente/Società_____incarico/carica_____ dal____al_____
- Ente/Società _____incarico/carica_____dal _____al_____

° di non svolgere attività professionali;

° lo svolgimento delle seguenti attività professionali:

_____

_____

° di aver avuto nel corso degli ultimi tre anni i seguenti rapporti di collaborazione o consulenza, comunque denominati, in qualunque modo retribuiti:

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, 03/03/2020

Il Dichiarante
Matteo Petrelli

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, 03/03/2020

Il Dichiarante
Matteo Petrelli