

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mmm.ii.)

Il/La sottoscritto/a MIGLIORE GABRIELE nato/a a RAPALLO Prov. GE
 il 10.07.1989 in riferimento all'incarico libero professionale di
SONOGRAPHER per n. 23 ore settimanali, **P.O.**
di LODI, presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi ed in relazione alle
 disposizioni contenute nel D. Lgs. 165/2001, nella L. 190/2012, nel D. Lgs. 33/2013, nel DPR 62/2013 e nel Codice
 di Comportamento Aziendale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi ai sensi e per gli effetti previsti
 dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto
 stabilito dall'art. 75 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

- NON essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra pubblica amministrazione (se si specificare);
- di NON godere di trattamento di quiescenza (se si specificare);
- di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici (se si specificare);
- di non aver riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione o la fede pubblica o di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati (se si specificare);
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale (se si specificare);
- di non essere sottoposto a procedimenti penali, per quanto a propria conoscenza;
- di non aver contenziosi civili ed amministrativi pendenti nei confronti di questa Azienda;
- di non aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;
- di non essere sottoposto a misure di prevenzione e quant'altro previsto dalle leggi antimafia;
- di non prestare attività lavorativa a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi;

DICHIARA altresì:

1) Ai sensi dell'art.15 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33:

- di **NON** essere titolare di cariche presso enti pubblici o privati e/o di **NON** avere cariche con oneri a carico della finanza pubblica;
- oppure*
- di essere titolare delle seguenti cariche presso enti pubblici o privati e/o di avere le seguenti cariche con oneri a carico della finanza pubblica:

Carica ricoperta	Ente pubblico o privato in cui si esercita la carica	Compenso annuo	Durata

2) Ai sensi dell'art.15 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33:

- di **NON** svolgere incarichi o attività professionali presso enti pubblici o privati e/o di **NON** avere in corso incarichi con oneri a carico della finanza pubblica;
- oppure*
- di svolgere i seguenti incarichi o le seguenti attività professionali presso enti pubblici o privati e/o di avere in corso i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica:

Incarico/attività	Ente pubblico o privato in cui si esercita l'incarico	n. ore settimanali	Compenso annuo	Durata periodo dal... al...
SONOGRAPHER	I - MEDICAL (SIZIANO - PV)			
SONOGRAPHER	CENTRO AMBROSIANO (MILANO)			
SONOGRAPHER	LE DUE COLOMBE (GALGAGNANO - LO)			

3) Ai sensi dell'art. 13. DPR n. 62/2013:

- di **NON** avere parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio con il quale collabora o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio;

oppure

- di avere i sotto indicati parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio con il quale collabora o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio:

COMUNICA inoltre

4) Ai sensi dell'art. 13. DPR n. 62/2013:

- di **NON** essere in possesso di partecipazioni azionarie che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi;
- oppure*
- di essere in possesso delle sotto indicate partecipazioni azionarie che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi:

5) Ai sensi dell'art. 13. DPR n. 62/2013:

- che, in capo alla propria persona, **NON** sussistono interessi finanziari che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi;
- oppure*
- che, in capo alla propria persona, sussistono i sotto indicati interessi finanziari che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi:

DICHIARA infine:

- l'insussistenza di qualsiasi altra situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi e si impegna a far permanere l'assenza di tali situazioni per tutta la durata dell'incarico
- che comunicherà tempestivamente la propria adesione o appartenenza ad associazioni/organizzazioni, i cui ambiti di interessi possano interferire con l'attività dell'ufficio
- che informerà per iscritto il Responsabile di servizio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati o aziende private o strutture sanitarie private o pubbliche, in qualunque modo retribuiti, che abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:
- gli ambiti professionali di svolgimento di tali attività, che dovranno essere valutati con riferimento all'attività istituzionale svolta, al fine di determinarne l'effettivo conflitto
 - se lui stesso, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione.

Data, 25/07/2023

Firmato GABRIELE MIGLIORE

RISERVATO AI RESPONSABILI DI SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____,

Responsabile dell'USC/USS _____

che ha richiesto l'attivazione del su indicato incarico libero professionale

ATTESTA

di aver esaminato la sopra riportata dichiarazione rilasciata dal/la professionista e

DICHIARA

sulla base della stessa e in riferimento alle attività previste dall'incarico libero professionale da conferire di aver verificato che **NON** sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Data, _____ Firma _____