ATTESTAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE

PER CONSULENTI E COLLABORATORI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a AVV. MICHELE GENTILE nato/a a MANFREDONIA (FG) Prov. (FG) il 28/08/1982 nella qualità di consulente/~~collaboratore~~ per conto di ASL PROVINCIA DI FOGGIA con riferimento all'attività di ASSISTENZA LEGALE

giusta determinazione n. .....del.....

- 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;
- 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 conferente;
- 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;

- o 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

- ø di non avere, direttamente o per interposta persona, interessi economici in enti, imprese e società collegate all' ASL di Foggia;
- ø di non percepire da enti di diritto privati regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ivi comprese le Autorità amministrative indipendenti, alcun provento ;
- ø 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/carica	Periodo di riferimento	Proventi percepiti a carico della finanza pubblica

- o 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;
- o 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 professionale	Periodo di riferimento

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

o/ 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 (art. 6, c. 1 del codice di comportamento – art. 6 DPR 62/2013);

o/ 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 (art. 6, c. 1 del codice di comportamento - art. 6 DPR 62/2013):

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

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
Manfredonia, 6/10/2022

Firma.....

L'originale della presente dichiarazione è conservato presso.....

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 procedimentali; 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.

Con riferimento alle dichiarazioni rese da Avv. M. GENNI LE ..... in data 06-10-2022

SI ATTESTA che, in base a quanto contenuto nella dichiarazione di cui sopra, non risultano, alla data odierna, situazioni attuali o potenziali di conflitti di interesse.

Data 06/10/2022

Il Dirigente/Responsabile.....

L'originale della presente dichiarazione è conservato presso.....