

**ATTESTAZIONE ALTRI INCARICHI E DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE**

**PER PROFESSIONISTI LEGALI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a WOLUY, STELLA nato/a .....  
a ROMA Prov. ROMA il 13-10-1967 nella qualità di  
consulente/collaboratore per conto di ..... con riferimento  
all'attività di ..... giusta  
determinazione/contratto 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;
- 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**

di 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;

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

di non avere, direttamente o per interposta persona, interessi economici in enti, imprese e società collegate all' ASL di Foggia;

di non percepire da enti di diritto privati regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ivi comprese le Autorità amministrative indipendenti, alcun provento;

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

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;

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

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

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);

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

di non aver subito provvedimenti di sospensione o altri provvedimenti disciplinari da parte del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di appartenenza, né avere subito provvedimenti giudiziari relativi ad inadempimenti contrattuali per incarichi assunti con la Pubblica Amministrazione;

non aver patrocinato contro la ASL di Foggia, nei due anni precedenti al conferimento dell'incarico ed impegnarsi a non assumere un incarico professionale contro l'ASL di Foggia per il biennio successivo

alla cessazione del rapporto professionale con la stessa, come previsto dall'art. 68 del Codice Deontologico Forense, in tema di assunzione di incarichi contro una parte già assistita.

- Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a trasmettere al competente Ufficio dell'ASL di Foggia (S.C. Burocratico Legale – Uff. Sinistri) il curriculum vitae in formato europeo ai fini della pubblicazione sul sito dell'ASL di Foggia, nonché a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.
- Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che, ai sensi dell'articolo 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'ASL di Foggia, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente, nonché comunicata al Dipartimento della Funzione Pubblica tramite la procedura "Perla PA".

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 CORONOLA, 29/3/2020

Firma..... *Stella Geronzi*.....

L'originale della presente dichiarazione è conservato presso... LO STUDIO LEGALE VIOLETTI...  
CORONOLA, VIA VENEZIA NO/2

### 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 procedurali; 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 ..... in data .....

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.....

**Il Dirigente/Responsabile[NOME E COGNOME]**

**Firma.....**

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