



ASL Mediocampidano

Azienda socio-sanitaria locale

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO AI SENSI DELL'ART. 47 DPR N. 445/2000

Assenza conflitto di interesse con l'ASL n. 6 del Medio Campidano (di seguito "ASL")

Il/La sottoscritto Cristiano Cincotti nato a Cagliari

Prov CA il 30/3/1975 Cod. Fiscale CNCCST75C30B354F residente in Cagliari

Via Caboni n 18

DICHIARA

Ai fini di quanto previsto dalla normativa e dai regolamenti vigenti in materia di conflitto di interesse, qui di seguito richiamati e per quanto attinente: D.Lgs. 30.03.2001 n. 165, Legge n. 190 del 06.11.2012, D.Lgs. 33/2013, art. 15, D.Lgs. n. 39/2013, Codice di comportamento aziendale adottato con deliberazione dell'ex ATS Sardegna n. 501 del 29/06/2017, che integra le disposizioni contenute nel Codice generale dei dipendenti pubblici, approvato con DPR n. 62 del 19.06.2013 *"Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30.03.2001 n. 165"*

- ☐ di non trovarsi in situazione di conflitto di interesse, ancorché potenziale, con l'ASL;
ovvero
- ☐ di essere attualmente titolare di altri incarichi professionali, e nello specifico (indicare ente datore di lavoro e qualifica/profilo professionale):
Avvocato Libero Professionista
Professore Associato presso l'Università degli Studi di Cagliari
- ☐ di avere avuto negli ultimi tre anni rapporti retribuiti di collaborazione — anche indiretti — con soggetti privati e nello specifico (indicare ente datore di lavoro e qualifica/profilo professionale):
Incarichi libero professionali con clienti dello studio; rapporto di lavoro con Università degli studi di Cagliari; compensi come amministratore nelle società di cui al curriculum allegato
- ☐ di non avere attualmente alcun rapporto finanziario con soggetti privati con cui ha precedentemente avuto rapporti di collaborazione — anche indiretti;
- ☐ che nessun parente o affine entro il secondo grado, il coniuge o convivente ha attualmente rapporti finanziari con i soggetti privati sopra identificati;
- ☐ di non aderire ad associazioni/organizzazioni i cui ambiti di azione ed attività possano interessare i servizi e le attività dell'ASL;

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente al Responsabile della Struttura di riferimento ed al Servizio competente dell'ASL, la sopravvenienza di situazioni di conflitto di interesse, ancorché potenziale, durante il periodo di collaborazione con l'ASL.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativamente alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'ASL, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DATA 04/12/2023

FIRMA _____

