



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 sottoscritto **PINUCCIA MAZZONE**

Cod. Fisc. [REDACTED]

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 MEDIO CAMPIDANO;
- di essere attualmente titolare di altri incarichi professionali, e nello specifico (indicare ente datore di lavoro e qualifica/profilo professionale):

PRESIDENTE OIV ASL OGLIASTRA DAL 3 AGOSTO 2022

- di non aver avuto negli ultimi tre anni rapporti retribuiti di collaborazione - anche indiretti - con soggetti privati;
- 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;
ovvero
- di non aderire ad associazioni/organizzazioni i cui ambiti di azione ed attività possano interessare i servizi e le attività dell'ASL;

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.

La sottoscritta 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.



La sottoscritta, 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 _____

FIRMA _____