

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/00

Il sottoscritto LIGAS HEFANIA, nato a CAGLIARI
Prov. CA, il 17/01/1979 Cod. Fiscale LGSSFN79A57B356H, residente in
, Via/P.zza n. 1

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 , Codice di comportamento aziendale adottato con deliberazione della cessata ASL Cagliari n. 70 del 24.01.2014, Codice di comportamento aziendale, approvato provvisoriamente con deliberazione ATS n. 501 del 29.06.2017 che integra le disposizioni contenute nel Codice generale dei dipendenti pubblici approvato con DPE 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 interessi, ancorché potenziale, con la ASSL Cagliari – ATS;

☒ di non essere titolare di altri incarichi professionali presso enti pubblici o privati;

ovvero

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

☒ di non avere avuto negli ultimi tre anni rapporti retribuiti di collaborazione – anche indiretti – con soggetti privati;

ovvero

☐ 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):

☒ di non avere attualmente alcun rapporto finanziario con soggetti privati con cui ha precedentemente avuto rapporti retribuiti di collaborazione – anche indiretti

ovvero



☐ di avere attualmente rapporti finanziari con soggetti privati con cui ha precedentemente avuto rapporti retribuiti di collaborazione – anche indiretti e nello specifico (indicare ente datore di lavoro e qualifica/profilo professionale):

~~XXXXXXXXXX~~

☒ che nessun parente o affine entro il secondo grado, il coniuge o convivente ha attualmente rapporti finanziari con i soggetti privati sopra identificati. *ovvero*

☐ che un proprio parente o affine entro il secondo grado, il coniuge o il convivente ha attualmente rapporti finanziari con i soggetti privati sopra identificati e nello specifico:

☒ di non aderire ad associazioni o organizzazioni i cui ambiti di azione ed attività possano interessare i servizi e le attività della ASSL Cagliari – ATS

ovvero

☐ di aderire alla/e associazione/i e/o organizzazione/i denominata/e:

☒ Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare per tempo al Responsabile della Struttura di riferimento ed al Servizio del Personale della ASSL Cagliari - ATS, la sopravvenienza di situazioni di conflitto di interesse, ancorché potenziale, durante il periodo di collaborazione con la ASSL Cagliari – ATS.

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

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 193/2003, 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, 21.11.17

FIRMA

Stefano Xpos