



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORITA', RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE** (ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013) **NONCHÉ ALL'ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE** (ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. n. 165/2001, e ss.mm.ii.)

**resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. \***

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Da acquisire da parte della S.C. che conferisce l'incarico

Il/La sottoscritto/a CAVALLERI REMO

nato/a A BERGAMO (Prov. BG) il 31/07/1961

in qualità di **consulente/collaboratore incaricato dall'ASST di Monza** per l'espletamento delle seguenti attività:

MEDICO PRELEVATORE S.S. BANCA degli OCCHI della S.C. OCULISTICA

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

#### DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. (*barrare la casella di interesse*):

☒ di non svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione.

ovvero

☐ di avere in essere i seguenti incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di riferimento

**DICHIARA inoltre** (*barrare la casella di interesse*):

☒ che non sussistono relazioni di parentela o affinità, o situazioni di convivenza, con i dirigenti o dipendenti con poteri autoritativi dell'ASST di Monza,

☒ di non avere avuto nel corso del triennio precedente alla data della presente dichiarazione e di non avere ancora in corso, rapporti economici e/o finanziari con soggetti privati detentori di interessi contrastanti con l'ASST di Monza

ovvero **DICHIARA:**

**MI IMPEGNO**, inoltre

a comunicare tempestivamente con questo stesso modulo ogni variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

Dichiaro infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in materia di trattamento dei dati personali, che i dati raccolti dall'ASST di Monza saranno trattati nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità della persona e al diritto alla protezione dei dati personali.

Luogo, data

PACASINA 31/11/24

IL DICHIARANTE

*[Handwritten signature]*