

20.1.20
[Signature]

MOD. 9

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 LUCCIA ATZENI
nato/a FIRENZE (Prov. FI) il 25.2.1968
in qualità di **consulente/collaboratore incaricato dall'ASST di Monza** per l'espletamento delle seguenti attività: INSEPIIMENTO IN ELENCO DEI MEDICI DA UTILIZZARE PER L'ACCETTA- MENTO MEDICO DEGLI STATI DI INVALIDITÀ CIVILE, CECITÀ, LOCOMITA' HANDICAP E DISABILITÀ
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
ATTENDIA SPECIALE CONTRO-LE "CONFORZIO DESLI-BRANZA"	MEDICO x AMBITO CENTRI DIURNI E RESIDENZIALI PER DISABILI	Dal 7.1.2020 Al 31.3.2020
CON ARD GESTIONALE DSP n 70 del 16.12.2019	COLLABORANDO OPERATIVO LORO € 55.00	COMPRESSIVE 45 ORE

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:**

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Monza

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

CARATE B. 20/1/2020

IL DICHIARANTE

Attilio Lupo

Dichiarazione soggetta ad obbligo di pubblicazione sul sito web aziendale - sez. Amministrazione Trasparente, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.