

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA
DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE**

(ART. 46 DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a..... ROSSI CELSINA
nato/a a..... LA SPEZIA..... il
e residente in..... LA SPEZIA.....
Via..... VALDOLLORE..... n. 135/A
Codice Fiscale..... RSSCST585440463N
professione..... Medico Veterinario Generale

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 53 c. 14 del D.lgs. n. 165/2001, come modificato dalla lett. h) c. 42 art. 1 della L. n. 190/2012 e per gli effetti dell'art. 15 D.lgs. n. 33/2013

- Che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse per lo svolgimento dell'incarico presso la Asl3 Genovese;
- Di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possono coinvolgere interessi propri ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado
- Di aver preso piena cognizione del Codice di Comportamento nazionale ex DPR n. 62/2013 e di quello aziendale approvato con Del. n. 713 del 14/11/2014

DICHIARA ALTRESI'

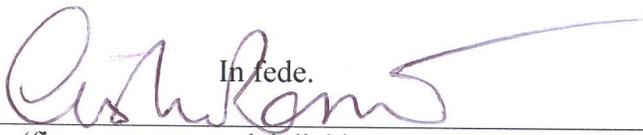
ai sensi dell'art. 48 - comma 25 della legge 24/11/2003, n. 326 e della risoluzione della Commissione Nazionale E.C.M. pubblicata sul sito del Ministero della Salute in data 5/12/2003, che la Sua attività di docenza al corso

non comporta conflitto di interessi in quanto non prevede alcuna forma di pubblicità diretta o indiretta a farmaci o presidi medico sanitari.

Luogo e data

La Spezia

In fede.


(firma per esteso del dichiarante)

Scheda anagrafica docenti

Il sottoscritto/a:

Data nascita 04-11-58 luogo nascita LA SPEZIA provincia SP

Qualifica MMG

Titolo di studio Laurea in Medicina e Chirurgia

Specializzazione Chirurgia Perinatrica

(Barrare):

- Dipendente Convenzionato Esterno (Libero Professionista)
 Esterno (Convenzionato SSN) Esterno (Dipendente SSN o Ente Pubblico)
 Esterno (Farmacista Convenzionato) Esterno (Altro) MMG PLS

codice fiscale

R	S	S	C	S	T	S	F	4	4	0	4	6	3	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

domicilio Via VALBOVARA

Comune LA SPEZIA CAP 19124

Telefono 0184-520407

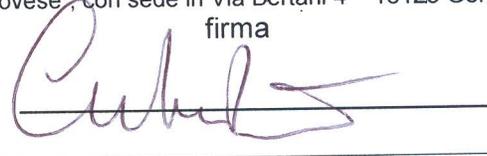
Cellulare 3475433697

Email dr.custua.com@quair.com

Pec custua.com@interfree.it

Sede lavorativa La Spezia

Ai sensi del Decreto Legislativo n° 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) si informa che i dati personali del discente saranno trattati, per le sole finalità correlate alla erogazione del corso ed al rilascio dei crediti formativi, da personale della ASL 3 debitamente autorizzato, in qualità di incaricati o responsabili del trattamento, anche mediante procedure informatizzate. I dati personali saranno comunicati alla Regione Liguria. In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che riconosce, tra gli altri, il diritto al soggetto interessato di poter accedere ai propri dati personali, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione, la cancellazione-trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati se trattati in violazione di legge. Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale 3 "Genovese", con sede in Via Bertani 4 - 16125 Genova.

Genova, 08/11/16  firma

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, relativa allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali

(ai sensi dell'art. 15 comma 1 lett. c) del D.lgs. n. 33/2013 e dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i)

Il/la sottoscritto CRISTINA ROMI nato/a LA SPIGA il 04-11-58 nella qualità di

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso DPR n. 445/2000

ai sensi dell'art. 15 c. 1 lett c) del D.lgs. n. 33/2013, i seguenti dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

di non avere incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato

NON di avere i seguenti incarichi:

Incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione	Data di conferimento incarico	Data cessazione incarico

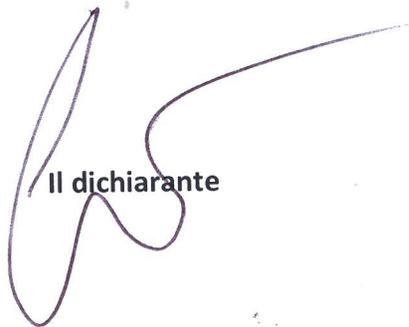
di svolgere le seguenti attività professionali:

Ente presso il quale svolge la prestazione professionale	Periodo di svolgimento della prestazione	Oggetto della prestazione
<u>ASL 5 Spina</u>	<u>Periodo di lavoro</u>	<u>Cooperato al S.S.N.</u>

- di non svolgere libera professione
- di svolgere libera professione collaborando con enti, professionisti e privati la cui natura dell'incarico risulta non in contrasto con l'incarico in oggetto

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata. Quanto sopra anche ai fini della pubblicazione della presente autodichiarazione sul sito internet dell'Azienda alla sezione Amministrazione Trasparente, come prescritto dal D.lgs. n. 33/2013.

Genova,


Il dichiarante