

Al Direttore Generale
Al Responsabile della Prevenzione
della corruzione

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome).....Francesco GHELARDI.....
nato il a con
qualifica.....Direttore Amministrativo rispetto all'incarico/agli incarichi
di.....Direttore Amministrativo.....

.....
consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e
falsità negli atti, richiamate dal DPR n° 445 del 28 Dicembre 2000 e dei controlli che
l'Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni
presentate

CONFLITTO DI INTERESSI

DICHIARA

- In ossequio alla normativa sulla
protezione dei dati personali, contenuti
oscurati in quanto non oggetto di
pubblicazione -

- In ossequio alla normativa sulla protezione dei dati personali, contenuti oscurati in quanto non oggetto di pubblicazione -

CAUSE DI INCONFERIBILITA'

DICHIARA

(ai sensi del Decreto Legislativo 8 Aprile 2013 n° 39 art. 3)

di **NON** essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale;

ovvero:

- di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, ma di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dallo stesso articolo 3 del decreto legislativo 39/2013;

ovvero:

- di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, per il quale è stata pronunciata sentenza anche non definitiva di proscioglimento e di non incorrere, pertanto, in alcuna delle cause di inconferibilità previste dallo stesso articolo 3 del decreto legislativo 39/2013;

DICHIARA

(ai sensi del Decreto Legislativo 8 Aprile 2013 n° 39 art. 5)

di **NON** aver svolto, nei due anni precedenti, incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale.

DICHIARA

(ai sensi del Decreto Legislativo 8 Aprile 2013 n° 39 art. 8)

di **NON** essere stato candidato, nei cinque anni precedenti, in elezioni europee, nazionali, regionali e locali in Collegi elettorali che comprendono il territorio della Azienda Unità Sanitaria Locale interessata alla nomina;

di **NON** aver esercitato, nei due anni precedenti la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri o di Ministro, Viceministro o Sottosegretario nel Ministero della Salute o in altra Amministrazione dello Stato o di Amministratore di Ente Pubblico o Ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale;

di **NON** aver esercitato, nell'anno precedente, la funzione di parlamentare;

di **NON** aver fatto parte, nei tre anni precedenti, della Giunta o del Consiglio della Regione Toscana ovvero di **NON** aver ricoperto la carica di Amministratore di Ente pubblico o Ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;

di **NON** aver fatto parte, nei due anni precedenti, della Giunta o del Consiglio di una Provincia, di un Comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra Comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale interessata alla nomina;

- In ossequio alla normativa sulla protezione dei dati personali, contenuti oscurati in quanto non oggetto di pubblicazione -

- In ossequio alla normativa sulla protezione dei dati personali, contenuti oscurati in quanto non oggetto di pubblicazione -

CAUSE DI INCOMPATIBILITA'¹

DICHIARA

(ai sensi del Decreto Legislativo 8 Aprile 2013 n° 39 art. 10)

di **NON** ricoprire incarichi e cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale;

oppure

- di ricoprire i seguenti incarichi e/o cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale:

Denominazione e PI/CF dell'Ente	Descrizione dell'incarico e/o della carica ricoperta	Estremi dell'atto di incarico e/o di nomina

di **NON** svolgere in proprio un'attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale;

oppure

- di svolgere in proprio la seguente attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale :

Tipologia e descrizione dell'attività professionale	Sede Legale	PI/CF

che i predetti incarichi, cariche e attività professionali **NON** sono ricoperti o svolti dal coniuge e/o da parenti o affini entro il secondo grado

ovvero:

- che il coniuge/parente/affine entro il secondo grado (indicare nome, cognome, grado di parentela)

.....

ricopre il seguente incarico e/o carica

.....
nel seguente Ente di diritto privato regolato o finanziato dal Servizio Sanitario Regionale

.....

ovvero:

- che il coniuge/parente/affine entro il secondo grado (indicare nome, cognome, grado di parentela)

.....

svolge in proprio la seguente attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario

¹ Ai sensi dell'art. 20 comma 2 del Decreto Legislativo 39/2013, l'interessato dovrà presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità previste dallo stesso Decreto Legislativo.

DICHIARA

(ai sensi del Decreto Legislativo 8 Aprile 2013 n° 39 art. 14)

- di **NON** ricoprire la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice Ministro, Sottosegretario di Stato e Commissario Straordinario del Governo di cui all'art. 11 della Legge 23 Agosto 1988 n° 400 o di Amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale o di Parlamentare;
- di **NON** ricoprire la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione Toscana ovvero la carica di Amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale da parte della Regione Toscana;
- di **NON** ricoprire la carica di componente della Giunta o del Consiglio di una Provincia, di un Comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra Comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana;
- di **NON** ricoprire la carica di Presidente e Amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonché di Province, Comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di forme associative tra Comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana;

oppure

- di trovarsi in una delle seguenti situazioni di incompatibilità di cui all'art. 14.....
.....;

- di **NON** trovarsi in alcuna altra situazione di incompatibilità di cui al Decreto Legislativo 39/2013;

oppure

- di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità di cui al Decreto Legislativo 39/2013.....
.....;

DICHIARA

inoltre di essere consapevole che:

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs 8 Aprile 2013 n° 39);
- la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità, di cui al D.Lgs. 39/2013, dovrà essere presentata dal sottoscritto entro il 31 Dicembre di ogni anno nel corso dell'incarico, utilizzando il presente modulo (art.20, comma 2, D.Lgs. 39/2013); se la situazione di incompatibilità dovesse emergere nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione contesterà la circostanza al sottoscritto e la causa dovrà essere rimossa entro 15 giorni. In caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art.19, comma 1, D.Lgs 8 Aprile 2013 n° 39);
- eventuali situazioni di incompatibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della prevenzione della corruzione;

- di essere consapevole che gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 8 Aprile 2013 n° 39 e i relativi contratti sono **NULLI** e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Aziendale (artt,17 e 18, comma 5, D.Lgs 8 Aprile 2013 n° 39);
- di essere consapevole che, ferma restando ogni altra possibilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall'Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs 8 Aprile 2013 n° 39 per un periodo di 5 anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 8 Aprile 2013 n° 39).

Il sottoscritto allega documento di identità in corso di validità.

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati"

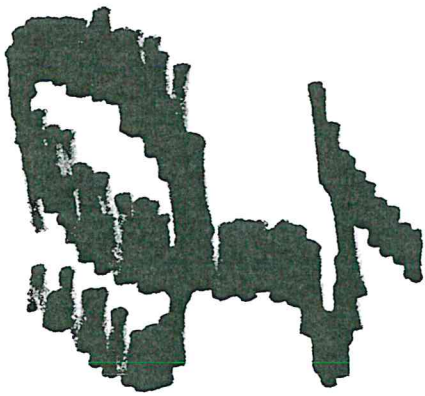
Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo ai fini del procedimento di nomina ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L'Azienda Usl Toscana Sud Est è il titolare del trattamento
- 2) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 3) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa
- 4) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati L'Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 5) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)

Luogo.....SIENA.....il.....15/07/2021

Firma.....



Page 1 of 1