

Dichiarazione per l'affidamento di incarico presso ASL Roma 3

Il/La Sottoscritto/a ANZIVINO CORRADO

Visto l'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;
Vista la normativa concernente il limite massimo degli emolumenti o retribuzioni (art. 23 ter del D.L. n. 201/2011, convertito il Legge n. 214/2011; art. 1, commi 471 e seguenti, della Legge n. 147/2013; art 13 D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla Legge n. 89/2014);
Visto il DPR 16 aprile 2013 n. 62, recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. Lgs. n. 165/2001;
Visto il D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., in particolare l'art 15;
Visto il D. Lgs. n. 39/2013;
Visto il Codice di comportamento della ASL Roma 3 – nel testo attualmente vigente;

Consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di dichiarazioni false e mendaci rese ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Espressamente di accettare e rispettare le disposizioni contenute nel vigente Codice di comportamento della ASL Roma 3;
- ☒ di NON aderire e non fare parte di associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento delle attività dell'ufficio (art. 5 DPR 62/2013);
- ☐ di aderire e fare parte delle seguenti associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse possono interferire con lo svolgimento delle attività dell'ufficio (art. 5 DPR 62/2013);

Associazione – circolo – altri organismi	Denominazione



☒ di NON essere titolare di alcun incarico con oneri a carico della finanza pubblica (art 23 ter D.L. n. 201/2011 – dato da pubblicare);

☐ di essere titolare, ai fini dell'applicazione della vigente normativa in materia di limite massimo retributivo, per l'anno _____, dei seguenti incarichi a carico della finanza pubblica (art. 23 ter D.L. n. 291/2011):

Soggetto conferente	Tipologia incarico/consulenza	Data conferimento incarico	Data fine incarico	Importo lordo di competenza dell'anno ¹	Importo lordo di competenza anni successivi

☒ di NON aver assunto altri impieghi od incarichi, nonché di non esercitare attività professionale, commerciale e industriale, salvo il caso di incarichi prettamente occasionali in settori non di interesse dell'ASL Roma 3;

☐ di aver assunto i seguenti impieghi od incarichi, o di esercitare le seguenti attività professionale, commerciale e industriale, ovvero aver assunto i seguenti incarichi prettamente occasionali in settori non di interesse dell'ASL Roma 3;

Attività/Incarico	Soggetto	Periodo di riferimento

☒ Che NON sussistono situazioni, anche potenziali di conflitto di interessi in relazioni alle attività svolte;
☒ Di NON aderire ad associazioni e organismi né di intrattenere relazioni con organizzazioni vietate dalla Legge;

☒ Di NON avere, direttamente o per interposta persona, interessi economici in enti, imprese e società che operano nei settori di interesse dell'ASL Roma 3;

¹ L'importo va indicato al lordo degli oneri fiscali e contributivi a carico del dichiarante





☒ di NON aver o non aver avuto rapporti di collaborazione di non essere a conoscenza di rapporti di propri parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente, in qualunque modo retribuiti e intrattenuti negli ultimi tre anni con soggetti privati (Art. 6 DPR n. 62/2013);

☐ di aver o aver avuto rapporti di collaborazione ovvero di essere a conoscenza di rapporti di propri parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente, in qualunque modo retribuiti e intrattenuti negli ultimi tre anni con soggetti privati (Art. 6 DPR n. 62/2013);

Tipo di rapporto	Soggetto privato	Soggetto beneficiario	Rapporto parentela	Periodo di riferimento

☒ di NON svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni né di svolgere attività professionali (art. 15, c. 1, D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.);

☐ di svolgere i seguenti incarichi, o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni né di svolgere attività professionali (art. 15, c. 1, D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.):

Tipologie incarico		
Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di svolgimento dell'incarico



Attività professionali		
Attività	Soggetto	Periodo di svolgimento
MEDICO RESPONSABILE	RSA LONGONI ERPC	5 GG - SETTIMANA
MEDICO INTERNISTA CONSULENZE / RICOVERI / AMBULATORIO	ROMA AMERICAN HOSPITAL	SU RICHIESTA (ATTIVITA' PRIVATA)

Il/La Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Si autorizza l'ASL Roma 3 a trattare, ai sensi della L. n. 196/2003, nonché a pubblicare, ove previsto, i dati contenuti nella presente dichiarazione sul sito istituzionale della ASL Roma 3.

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 e seguenti del DPR n. 445/2000.

Luogo ROMA data 26/05/26

Il/La Dichiarante

f.to

L'originale della presente dichiarazione è detenuta dall'Ufficio _____