



## **Deliberazione n. 1496 del 31 dicembre 2024**

---

OGGETTO: Approvazione della policy aziendale di gestione del conflitto di interessi nelle attività della ASST Lariana.

---

L'anno 2024, addì 31 del mese di dicembre in Como, nella sede dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana, il Direttore Generale vicario dr.ssa Brunella Mazzei prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue con l'assistenza del Direttore Amministrativo dott. Giacomo Boscagli, del Direttore Sanitario vicario dr. Roberto Pusinelli e del Direttore Sociosanitario ing. Maurizio Morlotti

### **IL DIRETTORE GENERALE vicario**

Richiamate:

- La Legge 7 agosto 1990, n. 241 Nuove norme sul procedimento amministrativo;
- Il Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 Norme Generali sull'andamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;
- La Legge 6 novembre 2012 n. 190, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione (c.d. 'Legge Anticorruzione');
- Il Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n.190;
- Il Decreto Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62, Codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- La Determinazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015, Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- La Determinazione ANAC n. 831/2016 "Approvazione definitiva del Piano Nazionale 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- La Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Le Linee Guida ANAC n. 15 approvate con delibera n. 494 del 05 giugno 2019: Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici;
- La Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 PNA 2019;
- Il D.Lgs n. 52/2019 art. 6 modificato dall'art. 11-bis del D.L. n. 34/2020 convertito con la Legge n. 77/2020 – misure urgenti in materia di sperimentazioni cliniche;
- La Delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020: Indicazioni per la gestione di situazioni di conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni giudicatrici di concorsi pubblici e dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di contratti pubblici;
- La Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche;
- Il D. Lgs n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni delle pubbliche amministrazioni";

- Il D.Lgs n. 97/2016 (FOIA) "Disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'art. 7 Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche";
- Il Decreto Legislativo 36/2023 Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici;
- La Deliberazione n. 1351 del 13 dicembre 2023: Approvazione dell'aggiornamento al codice di comportamento dell'ASST Lariana;
- La Delibera ANAC N. 605 DEL 19 DICEMBRE 2023 PNA Aggiornamento 2023;
- Il Regolamento UE 241/2021;
- Il Decreto Regione Lombardia 7796/2023;
- Le Linee Guida del MEF annesse alla circolare 11/08/2022, n. 30;
- Il Codice di comportamento ASST Lariana;
- Il PIAO ASST Lariana 2024-2026.

Premesso che:

- con deliberazione n. 78 del 31/01/2024 è stato approvato il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026 – ASST Lariana
- tra le misure utili alla prevenzione del rischio corruttivo vi è la predisposizione e l'adozione di una policy aziendale di gestione del conflitto di interessi;

Vista la necessità di rafforzare le misure di prevenzione della corruzione e l'assegnazione alle strutture aziendali interessate dalla misura in argomento di uno specifico obiettivo per la revisione degli adempimenti in materia di conflitto di interessi;

Dato atto che con nota prot. ASST Lariana n. 0039870 del 06/06/2024 è stato costituito un gruppo di lavoro coordinato dal RPCT aziendale al fine di fornire supporto ai CDR coinvolti nell'individuazione dei processi in cui può manifestarsi il conflitto di interessi, nel declinare le verifiche e le misure implementate o che si intendono implementare per una corretta gestione della situazione di conflitto eventualmente individuata;

Dato atto che in data 10/07/2024, come da verbale conservato in atti, si è tenuto un incontro del gruppo di lavoro di cui sopra nel quale viene esaminata una prima bozza di policy redatta dal RPCT aziendale e rispetto alla quale si è chiesto ai CDR coinvolti di inviare ciascuno il proprio contributo entro il 15/09/2024;

Dato atto che, in osservanza della tempistica declinata dalla Direzione nella scheda dell'obiettivo richiamato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha trasmesso entro il 30/09/2024 una prima bozza di policy attestando che tutti i CDR coinvolti hanno fornito il contributo richiesto;

Dato atto che, in osservanza della tempistica declinata dalla Direzione nella scheda dell'obiettivo richiamato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha trasmesso entro il 31/12/2024 una bozza definitiva di policy con i relativi allegati;

Ritenuto necessario, pertanto approvare il documento "policy sulla gestione del conflitto di interessi nelle attività della ASST Lariana", con due specifici allegati relativi rispettivamente all'esito dell'analisi effettuata da ciascuna struttura aziendale (allegato 1) e alla modulistica in uso (allegato 2) per le varie casistiche di conflitto, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RILEVATO che il presente atto non comporta oneri finanziari a carico di ASST Lariana;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario vicario  
e del Direttore Sociosanitario

## DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa:

1. di approvare il documento "policy sulla gestione del conflitto di interessi nelle attività della ASST Lariana", con due specifici allegati relativi rispettivamente all'esito dell'analisi effettuata da ciascuna struttura aziendale (allegato 1) e alla modulistica in uso (allegato 2) per le varie casistiche di conflitto, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare atto che il presente atto non comporta oneri finanziari a carico di ASST Lariana;
3. di pubblicare la policy approvata con il presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente" ai fini della massima trasparenza e dell'accessibilità totale ai suoi contenuti;

---

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
f.to dott. Giacomo Boscagli

IL DIRETTORE SANITARIO  
vicario  
f.to dr. Roberto Pusinelli

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO  
f.to ing. Maurizio Morlotti

IL DIRETTORE GENERALE  
vicario  
f.to dr.ssa Brunella Mazzei

**Documento firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente. Il documento originale è conservato digitalmente presso gli archivi informatici dell'ASST Lariana - Ospedale Sant'Anna di Como dai quali il presente è estratto.**

Responsabile del procedimento: Dott.ssa Anna Lazazzara



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

# **POLICY SULLA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI NELLE ATTIVITA' DELLA ASST LARIANA**



## **INDICE**

1. PREMESSA
2. SCOPO ED OBIETTIVI .
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. RESPONSABILITA'
5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI UTILIZZATE
6. CONTENUTI DELLA POLICY
- 6.1 CONFLITTO D'INTERESSI: DEFINIZIONI, CLASSIFICAZIONI TIPOLOGICHE, INDIVIDUAZIONE
- 6.1.1 DEFINIZIONE
- 6.1.2 INTERESSI PRIMARI
- 6.1.3 INTERESSI SECONDARI
- 6.1.4 TIPOLOGIE DI CONFLITTO DI INTERESSI
- 6.1.5 INDIVIDUAZIONE DELLE SITUAZIONI DI POSSIBILI CONFLITTI DI INTERESSE
- 6.2 RISCHIO E GESTIONE DEL RISCHIO
- 6.2.1. GESTIONE DEL RISCHIO
- 6.2.2 RESPONSABILITA' DELLA VERIFICA DEL CONFLITTO D'INTERESSI
- 6.2.3. TRATTAMENTO DEL RISCHIO
- 6.2.4 OBBLIGO DI ASTENSIONE
- 6.2.5 L'OBBLIGO DI COMUNICAZIONE DELLA SITUAZIONE DI CONFLITTO
- 6.2.7 CONSEGUENZE SUGLI ATTI E SULLE AZIONI POSTE IN ESSERE IN SITUAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI
7. PANTOUFLAGE
8. MODALITÀ E PERIODICITÀ DI AGGIORNAMENTO
9. RIFERIMENTI NORMATIVI E REGOLAMENTARI
10. TRASPARENZA

## **1. PREMESSA**

Il presente documento intende fornire indicazioni operative in merito all'individuazione e gestione del conflitto di interessi.

Il conflitto di interessi assume oggi sempre maggiore rilevanza soprattutto in un ambito così esposto come quello sanitario, all'interno del quale, per un'ottimale gestione degli interessi in gioco, occorre temperare la necessità di assicurare l'imparzialità delle attività degli operatori (che potrebbero rappresentare le migliori professionalità scientifiche chiamate ad intervenire in processi decisionali che riguardano la salute dei cittadini) dando la possibilità ai medesimi professionisti di mantenere rapporti e fornire il loro contributo al mondo scientifico esterno al SSN.

Al fine sopra indicato gli interessi anche solo potenzialmente in conflitto con l'interesse primario della tutela della salute devono essere rilevati per essere gestiti con procedure improntate alla massima trasparenza.

Il conflitto di interessi non è un evento (come la corruzione) ma bensì una situazione, un insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dal perseguimento di quelli secondari.

La corruzione è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto c'è sempre il prevalere di un interesse secondario su uno primario. Il conflitto di interessi, invece, segnala solo la presenza di interessi in conflitto (anche solo in modo potenziale o apparente).

Il conflitto di interessi, a differenza della corruzione, è caratterizzato da una portata ben più ampia di relazioni sociali ed economiche, la maggior parte delle quali non è classificata come reato nonostante la sua presenza possa tendenzialmente violare l'equilibrio tra l'interesse privato e i doveri e le responsabilità di un individuo.

## **2. SCOPO ED OBIETTIVI**

Il presente Documento:

- a) fornisce indicazioni per la corretta individuazione delle situazioni di conflitto di interessi;
- b) offre informazioni per la gestione del conflitto di interessi all'interno di ASST Lariana;
- c) ha lo scopo di prevenire e quindi ridurre rischi di varia natura (operativi, corruzione, immagine etc.) che possono derivare dal mancato riconoscimento ed adeguato trattamento di conflitti di interessi presenti nelle attività e procedure aziendali;

Costituisce una misura generale di prevenzione del rischio corruttivo prevista nel PIAO (sezione rischi corruttivi) in conformità alle indicazioni fornite dall'ANAC che ha dedicato altresì, nella Parte speciale del PNA 2022 adottato con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, un ulteriore approfondimento in materia di contratti pubblici in quanto si tratta di una misura rilevante per la prevenzione della corruzione (tenuto anche conto dell'importanza attribuita dalla normativa europea emanata per l'attuazione del PNRR, cfr. Reg. UE 2021/241).

I Direttori/Responsabili di Struttura relazionano annualmente al RPCT lo stato di attuazione della presente policy.

Il suddetto documento evidenzia la priorità di un'azione preventiva che impedisca ex ante la formazione di situazioni rientranti in tale fattispecie.

## **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Si applica a tutto il personale dipendente di ASST Lariana, a tutti i professionisti e/o collaboratori che, a qualsiasi titolo, operano presso l'Azienda.

## **4. RESPONSABILITÀ**

Il presente documento costituisce una policy aziendale, con lo scopo prevalente di orientamento e di 'linea guida'.

Alcuni profili specifici di responsabilità, con natura prescrittiva, sono indicati nel successivo Par. 6.2.2.

## **5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI UTILIZZATE**

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione  
PIAO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione  
RPCT: Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza  
RUP, DEC: Figure richiamate in materia di appalti  
S.S.N.: Servizio Sanitario nazionale  
PNA: Piano Nazionale Anticorruzione

## **6. CONTENUTI DELLA POLICY**

### **6.1 CONFLITTO D'INTERESSI: DEFINIZIONI, CLASSIFICAZIONI TIPOLOGICHE, INDIVIDUAZIONE**

#### **6.1.1 DEFINIZIONE**

Le situazioni di conflitto di interesse non sono individuate dalla norma in modo tassativo, ma possono essere rinvenute volta per volta, in relazione alla violazione dei principi di imparzialità e buon andamento sanciti dall'art. 97 della Costituzione ovvero quando esistano contrasto ed incompatibilità, anche solo potenziali, fra il soggetto e le funzioni che gli vengono attribuite.

Il conflitto di interessi viene generalmente definito come la situazione, condizione o insieme di circostanze che determinano o accrescono il rischio che gli interessi primari – consistenti nel corretto e imparziale adempimento dei doveri e compiti istituzionali, finalizzati al perseguimento del bene pubblico – possano essere compromessi da interessi secondari, privati o comunque particolari.

#### **6.1.2 INTERESSI PRIMARI**

Gli interessi primari a cui devono tendere le attività dei dipendenti della ASST Lariana sono espressi sia nel presente atto che nel Codice di comportamento aziendale ed in particolare:

- Contribuire a garantire i più elevati livelli di salute possibili;
- Assicurare l'indipendenza e l'efficienza dell'azione amministrativa;

#### **6.1.3 INTERESSI SECONDARI**

Gli interessi secondari sono quelli propri del soggetto che nascono dal trovarsi in un contesto di relazioni che possono alterare l'imparzialità del suo operato.

L'art. 7 del DPR n. 62 del 16/04/2013 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici) individua le relazioni che possono dare luogo al conflitto di interessi:

- Relazioni personali:
  - Parenti e affini entro il 2° grado;
  - Coniuge;
  - Conviventi;
  - Persone di frequentazione abituale;
- Soggetti od organizzazioni con cui il dipendente o il coniuge abbia cause pendenti o gravi inimicizie o rapporti di credito o debito significativi;
- Relazioni professionali:
  - Soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente;
  - Enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o dirigente
- Relazioni non tipizzate
- Ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

**Esistono particolari categorie di RELAZIONI che generano INTERESSI SECONDARI confliggenti**



**Il conflitto di interessi.  
Un caleidoscopio di situazioni a rischio**

#### 6.1.4 TIPOLOGIE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Il conflitto di interessi può essere:

##### - **attuale (o reale)**

Il conflitto di interessi è attuale e concreto qualora, a causa di un'interferenza tra la sfera istituzionale e quella personale del dipendente, quest'ultimo abbia un interesse privato confliggente con l'interesse pubblico. Sebbene l'ordinamento tipizzi ipotesi di conflitto di interessi, tali previsioni non esauriscono il novero della fattispecie del conflitto di interessi, che, così, può sempre inverarsi laddove si determini il contrasto tra l'interesse pubblico da perseguire e l'interesse privato (proprio o di terzi).

Costituisce causa di conflitto di interessi la sussistenza, ad esempio, di: rapporti di coniugio o convivenza, rapporti di parentela o affinità entro il secondo grado, rapporti di frequentazione abituale, pendenza di una causa o di grave inimicizia, rapporti di credito o debito significativi, rapporti di tutorato, curatela, rappresentanza o agenzia, rapporti di amministrazione, dirigenza o gestione di associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti, rapporti contrattuali pregressi o rapporti che generano in capo al dipendente pubblico utilità di vario genere.

##### - **potenziale**

Il conflitto di interessi potenziale si configura allorché il dipendente pubblico sia portatore di interessi particolari atti ad inverare (potenzialmente) una posizione di conflittualità ovvero di divergenza rispetto all'interesse

generale. Quando il soggetto ha interessi secondari che potrebbero far sorgere un conflitto di interessi nel caso in cui dovesse assumere in futuro una decisione;

- **apparente**

Il conflitto d'interessi è apparente qualora la situazione, anche in assenza di un conflitto di interessi effettivo e attuale, sia suscettibile di indurre osservatori esterni, ragionevoli ed informati, a ritenere che l'interesse secondario proprio del dipendente possa influenzare l'interesse primario.

- **gravi ragioni di convenienza**

Si parla di "gravi ragioni di convenienza" con riferimento a situazioni non riconducibili ad una fattispecie tipizzata di conflitto di interessi, ma che potrebbero ugualmente vulnerare l'imparzialità del dipendente pubblico. Detta fattispecie viene sussunta nel genus dei conflitti potenziali:

- **diretto:** quando comporta il soddisfacimento di un interesse proprio e personale del dipendente.
- **indiretto:** quando attiene a soggetti o individui diversi dal dipendente che compie un'attività o assume una decisione, ma i soggetti diversi dal dipendente sono comunque collegati con rapporti di parentela, di amicizia o di interesse al dipendente stesso.

## **6.1.5 INDIVIDUAZIONE DELLE SITUAZIONI DI POSSIBILI CONFLITTI DI INTERESSE**

L'individuazione della presenza di una possibile situazione di conflitto di interessi nella quale si possa trovare un soggetto coinvolto in un processo discrezionale, decisionale, valutativo può avvenire secondo diversi canali:

- comunicazione da parte del soggetto stesso
- notizia della possibile situazione di conflitto di interessi in cui si trova un soggetto pervenuta in qualunque modo in Azienda.

La Determina ANAC n. 358 del 29.03.2017 " Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli Enti del SSN", indica alcune domande che il dipendente dovrebbe porsi per valutare la sussistenza di un conflitto di interessi, anche potenziale:

1. Il regalo, l'attività proposta, o la relazione ha qualche afferenza con l'attività del mio ente?
2. Il regalo, l'attività proposta, o la relazione interferisce con il mio ruolo, orario di lavoro e risorse dell'ente?
3. Ho un interesse personale che confligge o può essere percepito in conflitto con il mio dovere pubblico?
4. Potrebbero esserci vantaggi per me ora o nel futuro che rischiano di mettere in dubbio la mia obiettività?
5. Come sarà visto all'esterno il mio coinvolgimento nella decisione o azione?
6. Come potrebbe essere percepito il mio coinvolgimento nell'attività dell'associazione X?
7. Esistono rischi per la reputazione mia o per la mia organizzazione?
8. Quali sono le possibili conseguenze per me e per il mio ente se ignoro il conflitto di interessi?
9. Le specifiche tecniche che inserisco in un capitolato di gara possono influire sull'esito della trattativa a favore di un particolare soggetto?
10. Ho dei rapporti personali e/o di amicizia con i fornitori di beni e servizi che utilizzo?
11. Partecipo a una commissione di gara sapendo che ho rapporti con le ditte partecipanti alla gara?

## **6.2 RISCHIO E GESTIONE DEL RISCHIO**

### **6.2.1. GESTIONE DEL RISCHIO**

**PRINCIPALI PROCEDIMENTI/PROCESSI/ATTIVITA' PER CUI ASSUME RILEVANZA LA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI**

ASST Lariana ha inteso contestualizzare l'ambito della gestione del fenomeno del conflitto di interessi con l'individuazione dei principali procedimenti/processi/attività nei quali viene in evidenza la necessità di gestire il conflitto.

Di seguito i principali procedimenti/processi/attività in cui può manifestarsi il conflitto di interessi:

- Accettazione Sponsorizzazioni
- Accettazione Donazioni
- Autorizzazione Eventi Formativi organizzati da soggetti terzi
- Gestione Sperimentazioni cliniche
- Richieste di introduzione nel PTO/Repertorio Aziendale di Farmaci e Dispositivi Medici
- Valutazione Ausili e Dispositivi Medici extra-tariffario
- Attribuzione Incarichi di docenza
- Autorizzazione Incarichi extra-istituzionali (art.53 dlgs 165/01)
- Affidamenti Incarichi libero-professionali
- Attribuzione Borse di Studio
- Accoglimento domande di Tirocinio
- Consulenze
- Attribuzione incarichi RUP, DEC, Componente di commissioni di gara e collegi tecnici
- Componente di commissione per accesso a pubblici impieghi
- Libera Professione
- Convenzioni
- Pantouflage

Nell'allegato 1 è riportata l'esito dell'analisi effettuata da ciascuna struttura aziendale.

### **6.2.2 RESPONSABILITA' DELLA VERIFICA DEL CONFLITTO D'INTERESSI**

La responsabilità della verifica della presenza del conflitto di interessi, anche potenziale, è in carico al responsabile del procedimento.

Il responsabile del procedimento deve operare una valutazione sull'effettiva esistenza del conflitto di interessi. In presenza della suddetta situazione è allora necessario porre in essere misure per il trattamento del rischio.

### **6.2.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

#### **MISURE DA ADOTTARE IN CASO DI IDENTIFICAZIONE DI UNA SITUAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI**

In caso di identificazione di un conflitto di interessi si devono adottare le misure utili alla salvaguardia dell'interesse primario dell'ASST Lariana e della regolarità dell'azione amministrativa evitando che quel soggetto intervenga in processi decisionali.

Nel caso di presenza di conflitto di interessi attuale (o reale) si deve intervenire impedendo la decisione del soggetto o interrompendo l'attività che pone in essere.

Le azioni che i soggetti preposti alla gestione del conflitto di interessi possono porre in essere dipendono dalla tipologia del conflitto di interessi contestualizzata all'interno del procedimento/processo/attività nel quale si manifesta. Essi possono:

1. Affidare il compito ad altro soggetto che non è in conflitto di interessi;
2. Avocare a sé il compito (se tale attività risulta percorribile nel procedimento/processo/attività);
3. In casi eccezionali affidare il compito al soggetto che si trova in situazione di conflitto di interessi solo quando potrebbe essere impraticabile escluderlo per mancanza di risorse o di esperti specializzati in determinati campi. In questo caso si dovrebbe garantire la piena trasparenza della decisione e si dovrebbero fissare limiti precisi al contributo del soggetto/dell'esperto, assicurandosi che la decisione finale sia basata su prove trasparenti e imparziali;
4. Affidare il compito al soggetto in questione adottando disposizioni che impediscano al soggetto di assumere in futuro, e per il tempo necessario, delle decisioni o assumere delle responsabilità specifiche.

#### **6.2.4 OBBLIGO DI ASTENSIONE**

L'obbligo di astensione prescinde dal vantaggio che il pubblico dipendente possa conseguire con la sua condotta e dal danno sofferto dall'Amministrazione, in quanto la norma mira a prevenire e ad evitare il sorgere di posizioni anche solo all'apparenza non trasparenti e potenzialmente lesive dell'interesse pubblico e a garantire, in definitiva, l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Secondo quanto previsto dall'art. 6-bis, l. 241/90, «Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale»

Il Direttore/Responsabile della struttura annota l'astensione nella pratica per la quale è sorto il conflitto di interesse.

#### **6.2.5 L'OBBLIGO DI COMUNICAZIONE DELLA SITUAZIONE DI CONFLITTO**

Il dipendente che si trovi nella situazione di doversi astenere dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività in relazione a situazioni non solo di manifesto conflitto di interesse, ma anche di semplice conflitto potenziale, così come prescritto dalla legge n. 190/2012, deve preventivamente (se possibile) e comunque non oltre 10 giorni dal momento in cui il conflitto si è manifestato comunicare al superiore gerarchico, per quanto di rispettiva competenza, i motivi per i quali ha l'obbligo di astenersi.

Per il Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario la dichiarazione dovrà essere presentata al Direttore Generale. Per il Direttore Generale la dichiarazione dovrà essere presentata al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Pervenuta la dichiarazione scritta di richiesta di astensione per conflitto di interessi, il Direttore/Responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto esamina le circostanze e valuta se la situazione realizza o meno un conflitto di interessi e decide la permanenza o meno nell'incarico/procedimento, dandone riscontro scritto all'interessato entro 15 giorni dal ricevimento della dichiarazione e considerando eventuali situazioni di urgenza.

L'ANAC, con il PNA 2019, nell'ambito della sua attività di indirizzo e vigilanza, ha fornito alcune indicazioni operative per l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi che si riportano di seguito:

- nei casi in cui il funzionario debba astenersi, tale astensione riguarda tutti gli atti del procedimento di competenza del funzionario interessato;
- nel caso in cui siano intercorsi rapporti con soggetti privati operanti in settori inerenti a quello in cui l'interessato svolge la funzione pubblica, tenuto conto dell'assenza, nelle disposizioni legislative e normative vigenti, di indicazioni specifiche sui periodi temporali di astensione utili a determinare il venir meno di presunte situazioni di conflitto di interessi, l'ANAC ritiene che sia utilmente applicabile anche per valutare l'attualità o meno di situazioni di conflitto di interessi, l'arco temporale di due anni, previsto in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013;
- in tema di imparzialità dei componenti delle commissioni di concorso per il reclutamento del personale o di selezione per il conferimento di incarichi, alla luce degli orientamenti giurisprudenziali e dei principi generali in materia di astensione e ricusazione del giudice (articoli 51 e 52 c.p.c.), applicabili anche nello svolgimento di procedure concorsuali, l'ANAC ritiene che la situazione di conflitto di interessi tra il valutatore e il candidato presuppone una comunione di interessi economici di particolare intensità e che tale situazione si configura solo ove la collaborazione presenti i caratteri di stabilità, sistematicità e continuità tali da connotare un vero e proprio sodalizio professionale.

#### **6.2.6. LA CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE**

L'ASST Lariana garantisce la conservazione della documentazione relativa alla gestione dei conflitti di interessi mediante la protocollazione nel registro di protocollo informatico.

#### **6.2.7 CONSEGUENZE SUGLI ATTI E SULLE AZIONI POSTE IN ESSERE IN SITUAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI**

L'atto posto in essere in situazione di conflitto di interessi è illegittimo.

Il dipendente che ha posto in essere un atto in situazione di conflitto di interessi può essere sanzionato all'esito del relativo procedimento disciplinare.

## **7. DIVIETO DI PANTOUFLAGE**

La pratica del pantouflage, delle cosiddette "porte girevoli", per cui i pubblici dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per le pubbliche amministrazioni vengono poi assunti dagli stessi soggetti privati destinatari dei provvedimenti è proibita dalla legge italiana. Il decreto legislativo N.165 del 30 marzo 2001 stabilisce che nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, i dipendenti pubblici non possono essere assunti o svolgere incarichi per gli stessi privati oggetto dei loro precedenti provvedimenti. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di ciò sono nulli, ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti.

## **8. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ**

L'aggiornamento della presente Policy è consequenziale al mutamento delle norme nazionali, regionali o etico-professionali o mutamenti di indirizzo o strategia aziendale.

## **9. Riferimenti Normativi, Regolamentari, Aziendali**

- Legge 7 agosto 1990, n. 241 Nuove norme sul procedimento amministrativo;
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 Norme Generali sull'andamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;
- Legge 6 novembre 2012 n. 190, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione (c.d. 'Legge Anticorruzione');
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n.190;
- Decreto Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62, Codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- Determinazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015, Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Determinazione ANAC n. 831/2016 "Approvazione definitiva del Piano Nazionale 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Linee Guida ANAC n. 15 approvate con delibera n. 494 del 05 giugno 2019: Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 PNA 2019;
- D.Lgs n. 52/2019 art. 6 modificato dall'art. 11-bis del D.L. n. 34/2020 convertito con la Legge n. 77/2020 – misure urgenti in materia di sperimentazioni cliniche;
- Delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020: Indicazioni per la gestione di situazioni di conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni giudicatrici di concorsi pubblici e dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di contratti pubblici;
- Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche;
- D. Lgs n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni delle pubbliche amministrazioni";
- D.Lgs n. 97/2016 (FOIA) "Disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'art. 7 Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche";
- Decreto Legislativo 36/2023 Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici;



- Deliberazione n. 1351 del 13 dicembre 2023: Approvazione dell'aggiornamento al codice di comportamento dell'ASST Lariana;
- Delibera ANAC N. 605 DEL 19 DICEMBRE 2023 PNA Aggiornamento 2023;
- Regolamento UE 241/2021;
- Decreto Regione Lombardia 7796/2023;
- Linee Guida del MEF annesse alla circolare 11/08/2022, n. 30;
- Codice di comportamento ASST Lariana;
- PIAO ASST Lariana 2024-2026;

## **10. TRASPARENZA**

La presente policy è pubblicata in Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti- Prevenzione della Corruzione

STRUTTURA	PROCEDIMENTO/PROCESSO/ATTIVITA'	DICHIARAZIONE ACQUISITA. RIPORTARE MODULISTICA IN USO O CHE SI INTENDE IMPLEMENTARE	VERIFICA: RIPORTARE DESCRIZIONE DEI CONTROLLI POSTI IN ESSERE O CHE SI INTENDONO IMPLEMENTARE	MISURE: RIPORTARE DESCRIZIONE DELLE MISURE POSTE IN ESSERE O CHE SI INTENDONO IMPLEMENTARE PER UNA CORRETTA GESTIONE DELLA SITUAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI EVENTUALMENTE INDIVIDUATA
<b>SC Affari Generali e Legali</b>	Ricezione di richieste di stipula di accordi convenzionali finalizzati ad attività di tirocinio da parte di enti esterni.  Ricezione di domande di tirocinio da parte di enti esterni.	/	/	L'operatore in situazione di conflitto viene sostituito dal collega quale referente dell'istruttoria.
	Stipula di accordi convenzionali finalizzati ad attività di tirocinio: ricezione del nulla osta alla stipula da parte del direttore/responsabile di struttura interessato	/	Di futura implementazione, controllo dei siti internet per verificare se vi siano rapporti in essere tra l'Ente richiedente e il direttore/responsabile di struttura interessato dalla stipula della convenzione.	In caso di conflitto di interessi da parte del direttore/responsabile di struttura interessato, si procede a richiedere il nulla osta per la stipula della convenzione direttamente al superiore gerarchico (es. direttore del dipartimento di riferimento).
	Stipula di accordi convenzionali per altre attività a pagamento ai sensi dell'ART. 91 CCNL Dirigenza Sanità	MODULO "A" – Assenza di conflitti di interesse	1) Controllo a campione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse (Modulo A);  2) Visure camerali su Telemaco;  3) Controllo su siti internet degli enti beneficiari dei servizi.	Ipotesi di recesso dall'accordo convenzionale stipulato con l'ente beneficiario o provvedimenti riferiti ai professionisti incaricati.
	Accettazione donazioni in denaro	Compilazione della dichiarazione di assenza di conflitto da parte del donante (mod. 1 allegato al Regolamento Aziendale per la gestione delle donazioni, adottato con deliberazione n. 1326 del 22 dicembre 2022) Compilazione del modulo di dichiarazione assenza conflitto di interesse compilato dal soggetto	I controlli sull'assenza di conflitto di interesse vengono svolti dalla Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e dalla Gestione Tecnico Patrimoniale, dal Responsabile della Struttura a cui è destinata la donazione. La SC Affari Generali e Legali rispettivamente acquisisce tramite mail le verifiche sulla dichiarazione di	La donazione non può essere accettata

		beneficiario (es. primario della struttura interessata).	<p>assenza di conflitto di interessi rilasciata dal donante.</p> <p>La SC acquisisce dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse del beneficiario interno della donazione.</p>	
	Contratti a progetto e contratti d'opera intellettuale con liberi professionisti:	<p>Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa allo svolgimento di altri incarichi e di assenza di conflitto di interessi:</p> <p>1) per incarichi libero-professionali in generale;</p> <p>2) per incarichi di patrocinio legale;</p>	<p>Verifiche in capo ai consulenti/collaboratori esterni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• su richiesta della SC Affari Generali e Legali, da parte dell'Agenzia delle Entrate circa ulteriori redditi collegati ad altre attività professionali oltre a quelle svolte per la ASST Lariana</li> <li>• sullo stato di famiglia dell'interessato, trasmesso dall'amministrazione comunale di appartenenza su richiesta della SC Affari Generali e Legali.</li> </ul> <p>I controlli sono effettuati sul 5% dei consulenti e collaboratori per i quali è stato conferito l'incarico nell'anno di riferimento.</p> <p>Cause di decadenza dall'albo avvocati nelle ipotesi di cui all'art. 10 del regolamento aziendale.</p>	<p>1) recesso dal contratto</p> <p>2) decadenza dall'albo aziendale degli Avvocati di riferimento.</p>
	Attribuzione borse di studio	Di futura implementazione: acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto da parte dei membri della commissione	Di futura implementazione: verifica degli stati di famiglia	Decadenza dalla Commissione o annullamento della selezione.

	Ricezione richiesta di iscrizione all'albo avvocati da parte dei professionisti esterni	Compilazione della domanda contenente la specifica sull'assenza di conflitto di interesse	La SC Affari Generali e Legali verifica l'assenza delle situazioni di conflitto di interessi all'atto dell'iscrizione all'albo. Le situazioni eventualmente rilevanti sono evidenziate d'ufficio nel corso dello svolgersi del rapporto.	Mancata iscrizione
<b>SC Area Accoglienza – CUP – Attività di monitoraggio della libera professione</b>	Autorizzazione esercizio attività LP presso spazi interni	Richiesta del professionista su modulo predefinito	- Verifica che l'importo della tariffa sia in linea con quelle di altri professionisti autorizzati	
	Autorizzazione esercizio attività LP presso studi esterni – “allargata”	Richiesta del professionista su modulo predefinito	- Verifica, nel caso il Dirigente Sanitario non abbia dichiarato un accesso separato, attraverso visura su siti web, che nello studio non operino professionisti non dipendenti del SSN o professionisti SSN non a rapporto esclusivo  - verifica sul sito web dello studio che non figuri pubblicizzato il nominativo del Dirigente	
	Autorizzazione esercizio attività LP – per tutte le tipologie	Report riassuntivo	- verifica dell'assenza di partecipazioni in aziende operanti in ambito sanitario (TELEMACO)	
	Pagamento attività LP a personale di supporto	Report riassuntivo	- verifica equa distribuzione delle quote retribuite	

	Corretto svolgimento dell'attività LP	Report riassuntivo	- controllo almeno semestrale, per tutte le prestazioni erogate di un mese, della presenza di prenotazione e refertazione nonché della verifica che in occasione della prenotazione non ci siano stati favoritismi da parte dell'operatore nei confronti di specifico/i professionista/i	
<b>SC Direzione Attività Cliniche del Territorio (D.A.C.T.)</b>	Componenti della Commissione tecnica aziendale (art. 21 ACN SAI 4.4.2024) per valutare le capacità professionali per un incarico a tempo indeterminato di specialista	Modulistica in uso per dichiarazione e procedura	Controlli in essere: verifiche tramite internet. Controlli da implementare: tramite casellario giudiziale	Il candidato alla commissione deve eventualmente rinunciare se nella compilazione del modulo riscontra un conflitto d'interessi; il Dirigente amministrativo se riscontrasse dei possibili conflitti ne parlerebbe con il candidato alla commissione proponendo la sua sostituzione;
	Partecipazione ad eventi esterni all'Azienda organizzati da società (principalmente di tipo sanitario)	Modulistica in uso	Controlli in essere: verifiche tramite internet	Allo specialista viene negata l'autorizzazione aziendale a partecipare all'evento
<b>Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze</b>	Contrattualizzazione liberi professionisti reclutati per l'implementazione delle attività progettuali in capo al Dipartimento	In sede di sottoscrizione del contratto il professionista sottoscrive apposita documentazione autocertificando assenza di conflitto di interessi (allegato esempio).	Con metodo campionario viene richiesto ed esaminato lo stato di famiglia di alcuni professionisti per verificare eventuale conflitto di interesse dovuto a rapporti di natura personale; sono anche implementati controlli con l'Agenzia delle Entrate; non si ritiene allo stato di avviare nuovi controlli se non su indicazione ed istruzione aziendale.	Non sono state individuate situazioni di conflitto di interesse. Il modello di contratto che facciamo sottoscrivere prevede clausole di risoluzione sostanzialmente ad nutum che possono servire a recidere con rapidità il rapporto (ferma la segnalazione alle autorità competenti per la violazione delle norme su autocertificazione)
<b>SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)</b>	Attribuzione incarichi RUP, DEC, Componente di commissioni	ALL. Dichiarazione assenza conflitti RUP/DEC  ALL Dichiarazione relativa alla compatibilità con incarico componente commissione  SI INTENDE IMPLEMENTARE DICHIARAZIONI REFERENTI ISTRUTTORIA - I dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, forniscono	Verifiche da implementare: verifiche tramite richiesta alla Formazione e Giuridico incarichi extra istituzionali e eventi sponsorizzati  Telemaco  Raccolta e sorveglianza delle dichiarazioni di assenza CI: per ciascuna procedura e contratto si propone di attivare le procedure d'archiviazione e monitoraggio delle	<b>Incarichi e dichiarazioni del personale coinvolto nella procedura di gara</b>  In caso di conflitti di interessi e di cause di incompatibilità si procederà alla nomina di un sostituto che seguirà la pratica  .  <b>Incarichi e dichiarazioni RUP/DEC</b> In caso di conflitti di interessi e di cause di incompatibilità si procederà ad individuare un nuovo RUP o Dec  .

		<p>una dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento</p> <p>SI INTENDE IMPLEMENTARE DICHIARAZIONI SOGGETTIO ESTERNI Anche i soggetti esterni, cui sono affidati incarichi in relazione a uno specifico contratto, sono tenuti a rendere la dichiarazione per la verifica dell'insussistenza di conflitti di interessi.</p> <p>Raccolta e sorveglianza delle dichiarazioni di assenza CI: per ciascuna procedura e contratto si propone di attivare le procedure d'archiviazione e monitoraggio a livello informatizzata –</p> <p>ALTERNATIVA ALLA SINGOLA DICHIARAZIONE DEL RUP Si propone inoltre di inserire nei provvedimenti aggiudicazione/ affidamento la seguente dicitura: <i>“Evidenziato infine, che il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di cui al presente atto, dichiara, sotto la propria responsabilità ed ai sensi e agli effetti degli artt. 47 e 76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, che in relazione alla presente procedura di appalto non si trovano in condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35 bis del D.lgs 165/2001 né sussistono conflitti di interesse di cui agli artt. 6bis della L. 241/1990 ed agli artt. 6, 7 e 14 del DPR 62/2013 art 16 Dlgs 36/2023 ;”</i></p>	<p>dichiarazioni di assenza CI mediante tenuta all'interno del fascicolo -</p> <p>PER SOGGETTI ESTERNI Gli uffici competenti della stazione appaltante possono effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni, da avviarsi ogni volta che sorga il sospetto della non veridicità delle informazioni riportate – TELEMACO</p>	<p><b>Commissioni di gara</b> Si procederà ad individuare un membro supplente</p>
--	--	--	---	---

	DONAZIONI DI BENI O SERVIZI	ALL. Dichiarazione assenza conflitti da parte del donante e DEL BENEFICIARIO	<p>verifica se la donazione determina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un vincolo in ordine all'acquisto di beni o, nel caso di apparecchiature e/o attrezzature, comporti esborso di denaro per servizi (contratti di manutenzione) o beni accessori (materiale di consumo prodotto in esclusiva) che faccia venir meno la convenienza economica della stessa;</li> <li>– conflitti di interesse da parte del donante (ad esempio donazioni da soggetti coinvolti in procedimenti di gara, anche indirettamente)</li> </ul>	NON ACCETTAZIONE DONAZIONE
SC Farmacia	Gestione sperimentazioni cliniche	Dichiarazione conflitto di interessi sperimentatore principale (versione n. 4 del 21/04/2024 approvata dal CCNCL)	Per ciascuna richiesta di valutazione di nuova sperimentazione clinica la SC Farmacia verifica la presenza della dichiarazione di conflitto di interessi da parte dello sperimentatore principale. la valutazione dell'idoneità dello sperimentatore principale è a cura del comitato etico competente (ce) che verifica, altresì, la sussistenza di condizioni, quali interessi economici, rapporti di coniugio, convivenza o parentela e affiliazioni istituzionali, che potrebbero influenzarne l'imparzialità secondo il regolamento e la normativa vigente in Italia. In caso di studi senza scopo di lucro, è responsabilità del ce verificare l'effettiva indipendenza da promotori commerciali anche in caso di finanziamenti da parte di terzi.	In presenza di conflitto d'interessi si chiede la sostituzione del principal investigator
	Attribuzione componente - Commissione Farmaci Aziendale	Documento versione del 18/04/2024 "mod. far CFA Conflitto di interessi - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto di interesse (allegato c)"	La segreteria tecnico scientifica della CFA (STS c/o SC Farmacia) verifica che ciascun componente compili e consegni il modulo sul conflitto d'interesse: I.) all'atto della nomina; II.) ogni anno; III.) qualora dovessero ricorrere eventuali conflitti di interesse relativi ai farmaci in discussione.	In presenza di conflitto d'interessi si invita il componente ad abbandonare la seduta senza partecipare alla votazione

			di prossima implementazione: verifiche su Telemaco.	
Attribuzione componente - Commissione Aziendale Dispositivi Medici	Documento versione del 01/12/2022 "Mod. far CADM conflitto di interessi - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto di interesse_allegato b"	La segreteria tecnico scientifica della CADM (STS c/o SC Farmacia) verifica che ciascun componente compili e consegna il modulo sul conflitto d'interesse: i.) all'atto della nomina; ii.) ogni anno; iii.) qualora dovessero ricorrere eventuali conflitti di interesse relativi ai dm in discussione.  Di prossima implementazione: verifiche su Telemaco.	In presenza di conflitto d'interessi si invita il componente ad abbandonare la seduta senza partecipare alla votazione	
Attribuzione componente - commissione aziendale extra tariffario	Documento versione del 20/06/2024 "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto di interesse (allegato a)"	La segreteria tecnico scientifica della Commissione Aziendale Extra Tariffario verifica che ciascun componente compili e consegna il modulo sul conflitto d'interesse: I.) all'atto della nomina; II.) ogni anno; III.) qualora dovessero ricorrere eventuali conflitti di interesse relativi ai dm/ausili in discussione.  Di prossima implementazione: verifiche su Telemaco.	In presenza di conflitto d'interessi si invita il componente ad abbandonare la seduta senza partecipare alla votazione	
Richieste di introduzione nel PTOA aziendale di farmaci	Documento versione del 18/04/2024 "mod. far CFA conflitto di interessi - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto di interesse (allegato c)"	La segreteria tecnico scientifica della CFA (STS c/o SC Farmacia) verifica che ciascun richiedente l'introduzione di un farmaco nel PTOA aziendale compili e consegna il modulo sul conflitto d'interesse. La valutazione del farmaco in CFA avverrà esclusivamente in seguito all'acquisizione del modulo debitamente compilato e sottoscritto.  Di prossima implementazione: verifiche su Telemaco.	In presenza di conflitto d'interessi si chiede la sostituzione del richiedente	



	Richieste di introduzione nel repertorio aziendale di dispositivi medici	Documento versione del 01/12/2022 "mod. far CADM conflitto di interessi - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto di interesse_allegato b"	La segreteria tecnico scientifica della CADM (STS c/o SC Farmacia) verifica che ciascun richiedente l'introduzione in azienda di una nuova tecnologia compili e consegni il modulo sul conflitto d'interesse. la valutazione del dispositivo medico in CADM avverrà esclusivamente in seguito all'acquisizione del modulo debitamente compilato e sottoscritto.  Di prossima implementazione: verifiche su Telemaco.	In presenza di conflitto d'interessi si chiede la sostituzione del richiedente
	Valutazione ausili e dispositivi medici extra-tariffario	Documento versione del 20/06/2024 "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto di interesse (allegato A)"	Le richieste provenienti dalle strutture sanitarie di RL o extra-regione non sono corredate di dichiarazione sul conflitto di interessi. il distretto può ricevere la richiesta extratariffario tramite assistant (portale regionale) oppure con prescrizione specialistica cartacea e la trasmette alla segreteria della commissione che in seduta verifica l'appropriatezza prescrittiva in termini quali-quantitativi.	N/A
<b>SC Qualità e Risk Management Attività di Comunicazione Aziendale e Relazioni Esterne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentazione ed attivazione di progetti di raccolta fondi per tramite della Fondazione Provinciale della Comunità Comasca.</li> <li>Gestione dei finanziamenti raccolti per l'attuazione di obiettivi progettuali.</li> <li>Invio della rendicontazione fiscale e contabile delle spese sostenute per l'obiettivo progettuale.</li> </ul>	Nell'atto della sottoscrizione del modulo di attivazione di una raccolta fondi, ASST Lariana sottoscrive una dichiarazione nella quale dichiara che: non esistono potenziali situazioni di conflitto di interessi con esponenti della Fondazione.	Fondazione Comasca è il soggetto gestore della raccolta fondi. Come implementazione delle verifiche, è possibile richiedere a Fondazione Comasca un elenco degli esponenti che fanno capo alla stessa Fondazione che abbiano la facoltà di autorizzare una raccolta fondi proposta da ASST Lariana, per verificare se abbiano particolari legami con ASST Lariana.	Nell'eventualità che all'atto dell'attivazione di un progetto di raccolta fondi si ravvisi un conflitto di interesse tra ASST Lariana ed i componenti di Fondazione Comasca, il progetto non viene attivato.
<b>SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</b>	<p>Autorizzazione Incarichi Extraistituzionali (art.53 d.lgs. 165/01).</p> <p>Dichiarazioni in materia di conflitto d'interessi rilasciata nell'ambito di comunicazioni o richieste di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001.</p>	<p>Attualmente in uso tre moduli:</p> <p>1) comunicazione preventiva per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 d.lgs. n.165/2001)</p> <p>2) richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 d.lgs. n.165/2001)</p> <p>3) richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi retribuiti di</p>	<p>Verifica multilivello:</p> <p>1) Parere obbligatorio del Direttore /Responsabile della UO di appartenenza del dipendente in merito al fatto che l'incarico extraistituzionale non interferisce con il regolare svolgimento dei compiti istituzionali e che non presenta profili di incompatibilità.</p> <p>2) Parere Obbligatorio e vincolante del Collegio Aziendale di Valutazione</p>	Se nell'ambito della procedura di autorizzazione o presa d'atto della comunicazione dovesse essere rilevato un conflitto d'interessi viene adottato un provvedimento di diniego.

		cui art. 3 quater della l.165/2021 e s.m. e i. - esclusivo per operatori delle professioni sanitarie del comparto sanità –	degli incarichi extraistituzionali anche in merito al conflitto d'interessi.  3) Controllo del 5% del campione trimestrale con verifica della posizione dei dipendenti interessati con il servizio TELEMACO tenuto dal Registro delle Imprese.  4) Trasparenza = pubblicazione degli incarichi extraistituzionali autorizzati ex art. 53 D.Lgs. n.165/2001 nella sezione Trasparenza del sito internet istituzionale di ASST Lariana.	
Attribuzione incarichi di Componente di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi.  Conferimento incarico di componente di commissione per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi	In uso modulo per dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà in merito al conflitto d'interessi (artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)	1) Richiesta all'Autorità Giudiziaria competente, ricezione e verifica del contenuto dei casellari giudiziari dei componenti di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi.  2) Verifica della situazione dei componenti di commissione utilizzando il servizio TELEMACO tenuto dal Registro delle Imprese e presso l'Anagrafe degli amministratori locali e regionali tenuta dal Dipartimento per gli Affari Interni e Territoriali.  3) Trasparenza = pubblicazione degli incarichi conferiti ex art. 6, comma 6, D.P.C.M. 27.12.1988, D.P.R. 10.12.1997, n. 483, D.P.R. 27.03.2001, n. 220 e art. 53 D.LGS. 30.03.2001, n. 165	Se nell'ambito della procedura di concorso dovesse essere rilevato un conflitto d'interessi in capo ad un componente della commissione viene convocato il componente supplente individuato nel provvedimento di nomina della commissione. Nel caso in cui il conflitto riguardi il presidente della commissione si deve procedere individuando un nuovo presidente con apposito provvedimento di nomina.	
Pantouflage  Gestione del conflitto di interessi dopo la cessazione dall'incarico, il c.d. Pantouflage. Dichiarazioni rilasciate da coloro che sono soggetti agli obblighi di cui all'art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. 165/2001.	Inserimento della clausola sul Pantouflage nelle determinazioni, per le due tipologie riferite al personale dipendente cessato dal servizio per dimissioni volontarie ed al personale cessato dal servizio a seguito di dimissioni volontarie con diritto alla pensione.	Controllo del 30% del campione dei cessati soggetti all'obbligo con cadenza trimestrale e con verifica della posizione dei dipendenti interessati con il servizio TELEMACO tenuto dal Registro delle Imprese e tramite INIPEC.	Se in esito alle verifiche previste dovesse emergere una fattispecie riferibile all'ambito di applicazione della norma di cui all'art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. 165/2001 si procede con segnalazione all'autorità competente.	

<p>Accettazione sponsorizzazioni di eventi formativi a carattere collettivo.</p> <p>Gestione del conflitto d'interessi nell'ambito della procedura di accettazione di sponsorizzazioni di eventi formativi del Piano Formativo Aziendale a carattere collettivo</p>		<p>In uso:</p> <p>1) Allegato 2 del Regolamento per la sponsorizzazione di eventi formativi a carattere collettivo in cui il candidato sponsor dichiara l'insussistenza di conflitto d'interessi.</p> <p>2) Dichiarazione relativa alla compatibilità con l'incarico di componente di commissione per la valutazione di sponsorizzazioni eventi formativi a carattere collettivo (resa ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000).</p>	<p>Si procede con verifiche multilivello:</p> <p>1) Si verifica se il soggetto che ha manifestato l'interesse di sponsorizzare un evento sia anche un fornitore aziendale per poi rimettere ogni valutazione alla Commissione per la valutazione delle offerte di sponsorizzazione di eventi formativi.</p> <p>2) Verifica in merito al conflitto d'interessi ad opera della Commissione per la valutazione delle offerte di sponsorizzazione di eventi formativi.</p> <p>3) Verifica sui componenti della Commissione per la valutazione delle offerte di sponsorizzazione di eventi formativi utilizzando il servizio TELEMACO tenuto dal Registro delle Imprese.</p>	<p>Se nell'ambito della procedura dovesse essere rilevato un conflitto d'interessi si procede con il rifiuto della sponsorizzazione.</p>
<p>Accettazione sponsorizzazioni relativi ad eventi formativi individuali extra aziendali per i professionisti dell'ASST Lariana.</p> <p>Gestione del conflitto d'interessi nell'ambito della procedura di accettazione di sponsorizzazioni di eventi formativi individuali extra aziendali per i professionisti dell'ASST Lariana (discenti).</p>		<p>In uso modulo di autocertificazione di assenza di conflitto di interessi (resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000).</p>	<p>Verifica multilivello:</p> <p>1) Individuazione del nominativo della persona che parteciperà all'evento extra aziendale ad opera del Direttore /Responsabile della UO di appartenenza del dipendente (no conferimento diretto).</p> <p>2) Verifica della compilazione del modulo di autocertificazione di assenza di conflitto di interessi da parte del dipendente interessato.</p> <p>3) Parere Obbligatorio e vincolante del Collegio Aziendale di Valutazione degli incarichi extraistituzionali anche in merito al conflitto d'interessi.</p> <p>4) Controllo del 5% del campione annuale con verifica della posizione dei dipendenti interessati con il servizio TELEMACO tenuto dal Registro delle Imprese.</p>	<p>Se nell'ambito della procedura dovesse essere rilevato un conflitto d'interessi si chiede al Direttore /Responsabile della UO destinataria della sponsorizzazione di individuare un altro nominativo per la partecipazione all'evento, se ciò non fosse possibile si procede rifiutando la sponsorizzazione.</p>

<p>Autorizzazione eventi formativi organizzati da soggetti terzi.</p> <p>Gestione del conflitto d'interessi nell'ambito della procedura di autorizzazione alla partecipazione in qualità di relatori con incarico non retribuito e con solo rimborso spese relative all'evento per i dipendenti di ASST Lariana che chiedono il riconoscimento dell'orario di servizio per formazione.</p>		<p>In uso modulo di autocertificazione di assenza di conflitto di interessi (resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000).</p>	<p>1) Verifica della compilazione del modulo di autocertificazione di assenza di conflitto di interessi da parte del dipendente interessato.</p> <p>2) verifica che non ci sia conferimento diretto da parte dello sponsor, il conferimento dell'incarico deve essere fatto dal soggetto organizzatore.</p> <p>3) Parere Obbligatorio e vincolante del Collegio Aziendale di Valutazione degli incarichi extraistituzionali anche in merito al conflitto d'interessi.</p> <p>4) Controllo del 5% del campione annuale con verifica della posizione dei dipendenti interessati con il servizio TELEMACO tenuto dal Registro delle Imprese.</p>	<p>Se nell'ambito della procedura di autorizzazione dovesse essere rilevato un conflitto d'interessi viene adottato un provvedimento di diniego.</p>
<p>Attribuzione incarichi di docenza/affidamento incarichi libero-professionali</p> <p>Gestione del conflitto d'interessi nell'ambito della procedura di attribuzione di incarichi di docenza sia a dipendenti di ASST Lariana sia a soggetti non dipendenti di ASST Lariana.</p>		<p>In uso modulo di dichiarazione conflitto di interessi (resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000).</p>	<p>1) Verifica della compilazione del modulo di autocertificazione di assenza di conflitto di interessi da parte del dipendente interessato.</p> <p>2) verifica del rispetto della procedura di cui all'istruzione operativa Albo formatori ASST Lariana IO_F-V_09 Rev. N. 3 del 06/03/2023.</p> <p>3) verifica della sussistenza del parere favorevole da parte del superiore gerarchico del Responsabile scientifico rispetto al nominativo del docente proposto.</p> <p>4) Controllo del 5% del campione annuale con verifica della posizione dei dipendenti interessati con il servizio TELEMACO tenuto dal Registro delle Imprese.</p>	<p>Se nell'ambito della procedura dovesse essere rilevato un conflitto d'interessi si chiede al Responsabile Scientifico di individuare un altro docente per la realizzazione del corso.</p>

<b>SC Sistemi Informativi Aziendali</b>	Accettazione Donazioni	Sul tema delle donazioni l'SC SIA esprime solo pareri di natura tecnica e non ci sono particolari moduli.	/	/
	Accoglimento domande di tirocinio	Sul tema dei tirocini l'SC SIA conferma o meno la disponibilità ad effettuare il tirocinio senza utilizzare alcuna modulistica	/	/
	Attribuzione incarichi RUP, DEC, Componente di commissioni e collegi tecnici	Le nomine a DEC o a componenti delle commissioni vengono effettuati da altri uffici, che richiedono al direttore dell'SC un parere. Tale parere è effettuato sulla scorta della natura tecnica dell'incarico individuando le giuste competenze.	/	/
	Verifica titolare effettivo PNRR	Si utilizza il modulo "allegato 2" della circolare 27 "Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori"	Per i controlli si utilizza la checklist di 1° livello allegata	/

<b>SC Gestione Tecnico Patrimoniale</b>	Attribuzione incarichi RUP, DEC, Componente di commissioni e collegi tecnici	<p>circolare ministeriale del 28 marzo 2024, n. 13</p> <p><b>Allegato 1</b> - Dichiarazione sull'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi del titolare effettivo</p> <p><b>Allegato 2</b> "Dichiarazione assenza di conflitto di interessi del personale interno ed esterno coinvolto a vario titolo nello svolgimento delle seguenti procedure: Attribuzione incarichi RUP, DEC, Componente di commissioni e collegi tecnici</p>	<p>la Stazione Appaltante procede a verificare per quanto attiene il <b>titolare effettivo</b>: l'avvenuto rilascio delle dichiarazioni, attraverso la consultazione della visura camerale e, qualora si tratti di procedure PNRR, attraverso i controlli della piattaforma REGIS.; a verificare la correttezza formale delle dichiarazioni – accertandosi che le dichiarazioni siano state rese e sottoscritte secondo i modelli adottati dall'ufficio; per quanto attiene <b>il personale dell'ufficio</b>: a verificare l'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni; a verificare la correttezza formale delle stesse, accertandosi che siano state rese e sottoscritte secondo i modelli adottati dall'ufficio.</p>	<p>Nel caso in cui emergano situazioni di inconferibilità o incompatibilità dichiarate o comunque di un rischio di conflitto di interessi che potrebbe compromettere la procedura, si provvede alla modifica delle nomine. In tale ipotesi, il dirigente responsabile provvede a nominare i sostituti, a tutela della procedura di selezione, degli interessi dell'Amministrazione e dello stesso personale.</p>
---	--	--	---	--

**MODULO A****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA ALL'ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI**

Resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000

Da acquisire da parte del Direttore della SC interessata nell'esecuzione delle prestazioni oggetto di convenzione tra ASST Lariana e la Struttura terza e allegare alla modulistica redatta al fine di acquisire il parere in merito all'interesse a sottoscrivere la convenzione

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di  
ASST Lariana assegnato alla SC \_\_\_\_\_

In piena conoscenza:

- del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Piano della Trasparenza dell'ASST Lariana pubblicato sul sito internet aziendale;
- di quanto previsto dal D.P.R. n. 62/2013 e dal Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASST Lariana pubblicato sul sito internet aziendale.

Consapevole di quanto prescritto dall'art 16 del D.P.R. n. 62/2013 sulle responsabilità conseguenti alla violazione del Codice di Comportamento e dal D.P.R. n. 445/2000 circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di NON avere interessi diretti o indiretti che siano in conflitto reale o apparente, con la propria partecipazione all'erogazione delle prestazioni nel seguente rapporto convenzionale tra ASST Lariana e \_\_\_\_\_ avente ad oggetto \_\_\_\_\_

**MI IMPEGNO, inoltre**

- a comunicare tempestivamente con questo modulo ogni variazione in merito a quanto sopra dichiarato;
- a presentare al proprio responsabile, dichiarazione di astensione dal prendere decisioni o dallo svolgere attività inerenti alle mie mansioni in caso di conflitto di interessi, anche solo potenziale, con interessi personali o di miei familiari.

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 Lariana 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.

San Fermo della Battaglia, li \_\_\_\_\_

In fede  
\_\_\_\_\_**INFORMATIVA – CONFLITTO DI INTERESSI**

La normativa sulla prevenzione della corruzione ed in particolare il D.P.R. n. 62/2013, che introduce il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare, affrontando in particolare il tema del conflitto di interessi.

Conflitto di interessi, reale o apparente, si ha quando una data relazione intercorrente tra un dipendente ed altri soggetti possa risultare in qualche modo di pregiudizio per l'Azienda, in particolare quando vi sia il



rischio che un interesse secondario o privato possa condizionare gli atti o i comportamenti tendenti a perseguire un primario interesse istituzionale ovvero che possa essere percepito dall'esterno come tale.

Il conflitto di interessi può essere diretto, quando comporta il soddisfacimento di un interesse del dipendente, o indiretto, quando attiene a entità o individui diversi dal dipendente ma allo stesso collegati.

Il conflitto di interessi può riguardare interessi di qualsiasi natura e ricondursi a tutti i casi in cui sussista il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione all'interno dell'Azienda per favorire se medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato, o nei casi in cui possa essere comunque messa in dubbio l'imparzialità del dipendente.

In ambito sanitario si verifica un conflitto di interessi "quando ci si trova in una condizione nella quale il giudizio professionale, riguardante un interesse primario (la salute di un paziente, la veridicità dei risultati di una ricerca ...) tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario (guadagno economico, vantaggio personale).

La corruzione è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto c'è sempre il prevalere di un interesse secondario su uno primario.

Per garantire un agire obiettivo il dipendente deve:

1. evitare ogni conflitto di interessi che possa essere evitato;
2. rendere trasparenti/pubblici tutti i legami che possono variamente interferire con il proprio giudizio;
3. attenersi alle linee guida di comportamento individuate in Azienda.

Le potenziali conseguenze di un conflitto di interessi mal gestito sono:

1. **responsabilità disciplinare del dipendente** suscettibile di essere sanzionato con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento;
2. **illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo** quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.





## MODULO PER LA DONAZIONE DI DENARO

Al  
Direttore Generale  
ASST Lariana  
Via Napoleona, 60  
22100 COMO (CO)  
protocollo@asst-lariana.it

La/il sottoscritta/o<sup>1</sup>

Nome	Cognome		
Comune di residenza	Provincia di residenza e Nazione di residenza	C.A.P. della residenza	
Indirizzo di residenza	N. civico		
Codice fiscale			

## IN QUALITÀ DI

<input type="checkbox"/>	Privato cittadino
<input type="checkbox"/>	Rappresentante legale dell'impresa _____ con sede nel Comune di _____, provincia _____, Stato _____, Via/Piazza _____, con codice fiscale n. _____ e partita I.V.A. n. _____.
<input type="checkbox"/>	altro (ad es. tutore) _____

## DICHIARA DI DONARE

la somma di € _____ / ____ (in cifre) - _____ / ____ (in lettere)
per mezzo di accredito/bonifico bancario a favore dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana, su conto corrente bancario: IBAN IT88F0306910910100000046049 Swift BCITITMM, – Intesa Sanpaolo, indicando nella causale la destinazione della somma.

## ED ESPRIME LA VOLONTÀ DI DESTINARE LA SOMMA PER

(eventuale destinazione della donazione)
_____
_____

La/il sottoscritta/o dichiara che:

- ha letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679;
- la donazione è di modico valore rispetto alla propria capacità economica e patrimoniale;
- accetta incondizionatamente le condizioni previste dal regolamento aziendale delle donazioni dell'ASST Lariana;
- non è parte – personalmente, o quale amministratore, gestore, legale rappresentante, socio, titolare di partecipazioni o di incarico/incarichi in società, imprese commerciali, persone giuridiche, altri enti o associazioni – di un procedimento in corso diretto alla conclusione di un contratto a titolo oneroso con l'Azienda.

Luogo e data	Firma
_____	_____

<sup>1</sup> Il donante se **persona fisica** deve allegare la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità; se **persona giuridica** deve allegare la fotocopia di un documento d'identità nonché il titolo che lo autorizza all'effettuazione della donazione (es.: atto di nomina quale Legale Rappresentante/legittimato).



La/il sottoscritta/o, dopo aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679,

<input type="checkbox"/>	acconsente
<input type="checkbox"/>	NON acconsente

al trattamento dei seguenti dati personali per finalità di comunicazione urgente

Telefono fisso	Telefono mobile
Fax	Indirizzo posta elettronica ordinaria/indirizzo PEC
Luogo e data	Firma
 _____;	 

La/il sottoscritta/o, dopo aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679,

<input type="checkbox"/>	acconsente
<input type="checkbox"/>	NON acconsente

alla pubblicazione del proprio nome/denominazione sul sito internet dell'ASST Lariana, nella sezione "Grazie ai donatori".

Luogo e data	Firma
 _____;	 



## INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali che La riguardano formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per questo desideriamo fornirle le relative informazioni.

<b>Titolare del trattamento e dati di contatto</b>	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana - Sede legale: Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132 Tel. 0315851 – email dir.gen@pec.asst-lariana.it – PEC protocollo@pec.asst-lariana.it			
<b>Responsabile per la Protezione dei Dati Personali</b>	ISFORM & CONSULTING SRL – Via Guido Dorso 75 – 70125 – Bari - email info@isformconsulting.it - PEC isform.srl@pec.it – Tel.0805025250 - Persona fisica da contattare: Francesco Maldera – email rpd@asst-lariana.it			
<b>Finalità e base giuridica del trattamento</b>	<b>Finalità</b>		<b>Base giuridica (riferita al GDPR)</b>	
	Gestione della donazione a favore dell'ASST Lariana		Interesse pubblico (art. 6 p. 1 lettera e)) <i>Il mancato conferimento dei dati non consente l'accettazione della donazione</i>	
	Comunicazioni urgenti		Consenso (art. 6 p. 1 lettera a)) <i>Il mancato consenso permette, comunque, la gestione della donazione ma non consentirà all'ASST Lariana di contattare l'istante per comunicazioni urgenti. Il consenso, qualora fornito, è revocabile in qualsiasi momento</i>	
	Pubblicazione nella sezione “Grazie ai donatori” del sito web dell'ASST Lariana		Consenso (art. 6 p. 1 lettera a)) <i>Il mancato consenso permette, comunque, la gestione della donazione ma non consentirà all'ASST Lariana di pubblicare i dati del donante. Il consenso, qualora fornito, è revocabile in qualsiasi momento</i>	
<b>Dati personali trattati</b>	<b>Finalità</b>		<b>Dati trattati</b>	
	Gestione della donazione a favore dell'ASST Lariana		Dati anagrafici, documento di riconoscimento, indirizzo di residenza, indirizzo di domicilio, motivazioni dell'istanza, documentazione di interesse	
	Comunicazioni urgenti			
	Pubblicazione nella sezione “Grazie ai donatori” del sito web dell'ASST Lariana		Telefono fisso, telefono mobile, fax, indirizzo email	
<b>Destinatari</b>	<b>Finalità</b>		<b>Destinatari</b>	
	Gestione della donazione a favore dell'ASST Lariana		Nessuno	
	Comunicazioni urgenti		Nessuno	
	Pubblicazione nella sezione “Grazie ai donatori” del sito web dell'ASST Lariana		Sito internet aziendale	
<b>Periodo di conservazione</b>	<b>Finalità</b>		<b>Durata</b>	
	Gestione della donazione a favore dell'ASST Lariana		Fino al quinto anno successivo alla donazione, fatto salvo l'eventuale contenzioso e quanto previsto dall'art. 10 del Dlgs. 42/2004 (Codice dei beni culturali e del paesaggio) per la conservazione dei documenti delle pubbliche amministrazioni per scopi di archiviazione nel pubblico interesse	
	Comunicazioni urgenti			
	Pubblicazione nella sezione “Grazie ai donatori” del sito web dell'ASST Lariana			
<b>Diritti dell'interessato</b>	<b>Diritto</b>	<b>Riferimento al GDPR</b>	<b>Diritto</b>	<b>Riferimento al GDPR</b>
	Accesso ai dati personali	Art. 15	Rettifica dei dati personali	Art. 16
	Cancellazione dei dati personali	Art. 17	Limitazione del trattamento	Art. 18
	Portabilità dei dati personali	Art. 20	Opposizione al trattamento	Art. 21
	Diritto al reclamo al Garante per la Protezione dei Dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma – protocollo@gpdp.it - 06696771	Art. 77	Diritto alla comunicazione della violazione	Art. 34

Rimane ferma, comunque, la facoltà dell'interessato a ricorrere al giudice competente per far valere i propri diritti

Processo decisionale automatizzato: NO

Trasferimenti dei dati a paesi extra UE: NO

Profilazione dell'interessato: NO



**Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.**

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa .....

nella sua qualità di .....

con riferimento alla proposta di donazione .....

pervenuta in data.....prot. n. ....del.....

da parte del proponente.....

dipartimento/struttura destinataria della donazione.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

dichiara

sotto la propria responsabilità ai fini di quanto previsto dal D.P.R. 62/2013 e dal codice di comportamento aziendale di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale e/o apparente, con il proponente.

nello specifico:

- ☐ di non avere e di non avere avuto con il proponente indicato in epigrafe alcun tipo di impiego o rapporto libero-professionale nel corso degli ultimi tre anni;
- ☐ di non avere e di non avere avuto con il proponente indicato in epigrafe interessi finanziari nel corso degli ultimi tre anni;
- ☐ di non avere e di non avere avuto con il proponente indicato in epigrafe altri interessi economici nel corso degli ultimi tre anni;
- ☐ di non avere parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività professionali o economiche a favore o con il proponente indicato in epigrafe;
- ☐ che la donazione proposta non coinvolge, direttamente o indirettamente, alcun suo personale interesse, ovvero di parenti, o affini entro il secondo grado, o del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali ha rapporti di frequentazione abituale;
- ☐ di non aver partecipato in qualità di componente a commissione di gara per forniture aggiudicate al proponente indicato in epigrafe.

luogo e data

timbro e firma del dichiarante

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

### **RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI E DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI** (ex art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

All'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In relazione all'incarico di consulenza in materia di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali, civili ed amministrative previste dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni non veritiere e false attestazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del medesimo DPR, sotto la propria responsabilità,

#### **DICHIARA**

ai sensi dell'art. 15 comma 1 lettera c del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013:

- ☐ di non svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

ovvero

- ☐ di svolgere incarichi e/o ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati finanziati dalla pubblica amministrazione:

<b>Ente di diritto privato regolato o finanziato dalla pubblica amministrazione</b>	<b>Tipologia di incarico/carica</b>	<b>Durata</b>

- ☐ di svolgere le seguenti attività professionali \_\_\_\_\_

ovvero

- ☐ di non svolgere attività professionali

ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001:

- di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'U.O.C. Affari Generali e Legali ogni variazione della situazione sopra richiamata, rendendo una nuova dichiarazione.

Dichiara inoltre di essere informato che:

- ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'ASST Lariana, unitamente al curriculum vitae, nella sezione "Amministrazione Trasparente/Consulenti e Collaboratori";
- i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

#### **Autorizza**

il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, ai sensi della vigente normativa in materia.

Data \_\_\_\_\_

In fede

Ai fini predetti allega copia del documento d'identità in corso di validità.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ (PROV. DI \_\_\_\_\_) IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

E RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ (PROV. DI \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELLULARE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

E-MAIL DI POSTA CERTIFICATA: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter essere iscritto nell'Elenco di Avvocati di riferimento per il conferimento di eventuali incarichi di patrocinio legale per attività giudiziale ed extragiudiziale

***A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:***

1.	<input type="checkbox"/>	di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di:  _____
	<input type="checkbox"/>	di non essere iscritto/a o cancellato/a dalle liste elettorali per i seguenti motivi:  _____  _____

2.	<input type="checkbox"/>	di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
	<input type="checkbox"/>	di avere subito le seguenti condanne penali:  _____  _____
	<input type="checkbox"/>	di avere i seguenti procedimenti penali in corso:  _____  _____

3. ☐ di essere in possesso del seguente diploma di Laurea:

in: \_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

4. ☐ di essere iscritto all'Albo dell'Ordine degli Avvocati presso il Tribunale di: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_

☐ di non aver subito sanzioni disciplinari da parte del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di appartenenza;

☐ di essere iscritto all'Albo speciale dei patrocinatori presso le Giurisdizioni superiori

dalla data del \_\_\_\_\_

5. ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di: \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_

6. ☐ di non essere in conflitto di interessi con l'ASST Lariana, consistenti nel non aver rapporti di patrocinio legale in essere contro questa Azienda e nell'impegnarsi a non assumere per tutta la durata dell'incarico assegnato o meglio della durata dell'iscrizione all'elenco di cui oggetto della presente domanda, nonché di non versare in ipotesi di incompatibilità od inconferibilità;

7. ☐ di non essere stato destituito/a o dispensato/a dal prestare la propria attività presso Pubbliche Amministrazioni;

☐ di essere stato destituito/a o dispensato/a dal prestare la propria attività presso Pubbliche Amministrazioni per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ☐ di essere libero professionista e di non avere in corso alcun rapporto di lavoro come dipendente pubblico o privato incompatibile con l'incarico in argomento e di non essere in quiescenza in relazione all'art. 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 come modificato dall'art. 6, comma 1°, del D.L. 90/2014, convertito in L. 114/2014;

9. ☐ di impegnarsi a redigere il preventivo di spesa, in relazione all'attività da espletarsi, ai minimi di tariffa, sulla base dello scaglione correlato al quantum del valore della controversia e dei parametri adottati con D.M. 147/2022;

10. ☐ che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerare l'ASST Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ Prov. di (\_\_\_\_)

E-MAIL: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

11. ☐ di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dalla normativa aziendale;

12. ☐ che le dichiarazioni contenute nel curriculum formativo e professionale allegato sono veritiere e sono rese ai sensi del D.P.R. n. 445/00 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 75 del D.P.R. medesimo in caso di false dichiarazioni;

13. ☐ di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Reg. UE 2016/679, ai fini della gestione della presente procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti;

14. di richiedere di essere iscritto nell'elenco dei legali di riferimento per le seguenti specializzazioni in base all'esperienza professionale:

- ☐ Diritto civile;
- ☐ Diritto del lavoro;
- ☐ Diritto penale;
- ☐ Diritto amministrativo e Costituzionale;
- ☐ Diritto tributario - fiscale;
- ☐ Diritto previdenziale;
- ☐ Diritto fallimentare;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

*AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DELL'ART. 39 DEL D.P.R. 20/12/2000 N. 445.*

***Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate***



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
**(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

**dichiara**

- di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_
  
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine degli Avvocati presso il Tribunale di:  
\_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_
  
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine degli Avvocati presso il Tribunale di:  
\_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_
  
- di essere iscritto all'Albo speciale dei patrocinatori presso le Giurisdizioni superiori:  
dalla data del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso del dichiarante

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà**  
**(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

**dichiara**

che le copie dei seguenti documenti uniti alla presente dichiarazione sono conformi agli originali:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso del dichiarante



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

**OGGETTO: richiesta autorizzazione all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
matricola n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, dirigente del ruolo  
sanitario, in servizio presso l'Unità Operativa di \_\_\_\_\_, del  
Presidio di \_\_\_\_\_, avendo già optato per il rapporto di lavoro esclusivo, in  
possessione delle seguenti specializzazioni:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

e a conoscenza del Regolamento Aziendale ALPI approvato con deliberazione n. 543 del  
30-05-2018 che accetta integralmente

**c h i e d e**

di essere autorizzato a svolgere, ai sensi della normativa vigente, l'attività libero-  
professionale intramuraria presso:

studio professionale muniti di apposita autorizzazione.

L'attività libero-professionale oggetto della presente richiesta si svolgerà come di seguito  
indicato:

**-- LUOGO DI SVOLGIMENTO:**

- |    |  |
|----|--|
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

Il sottoscritto /a dichiara che trattasi di studi privati o appartenenti a società che non erogano  
prestazioni sanitarie.

-- **DECORRENZA** dal \_\_\_\_\_ (data non anteriore al primo giorno del secondo mese successivo alla richiesta)

-- **PRESTAZIONI:**

Codice SSN	Descrizione prestazione	Tariffa	Tempo medio di erogazione (in minuti)

-- **PERSONALE PARTECIPANTE:**

- ☐ **con** personale di supporto  
☐ **senza** personale di supporto

-- **GIORNI E FASCE ORARIE:**

	L	M	M	G	V	S	D
dalle ore	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
alle ore	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
nr. pazienti	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Tutte le prestazioni saranno registrate su agende aziendali informatizzate e dovranno essere prenotate nel sistema Priamo Cup a cura del:

- ☐ personale Cup  
☐ medico

Il sottoscritto è stato informato che l'Azienda effettua controlli per accertare che l'attività autorizzata a seguito della presente richiesta non venga espletata in orari di servizio, venga regolarmente attestata attraverso apposita timbratura separata e che tutte le prestazioni debbano essere refertate nel sistema Priamo aziendale.

Le prestazioni, in caso di accoglimento della presente richiesta, saranno erogate in regime di attività libero-professionale intramuraria e rientrano nella disciplina di \_\_\_\_\_ che è quella di appartenenza o, nei casi eccezionali previsti dal relativo Regolamento, nella disciplina equipollente di \_\_\_\_\_, della quale il sottoscritto è in possesso del diploma di specialità o dei 5 anni di anzianità di servizio nella stessa.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al CUP le prenotazioni prese direttamente e non inserite nell'agende informatizzate affinché il personale addetto vi provveda.

Il/La sottoscritto/a prende atto che l'attività libero-professionale intramuraria deve essere prestata al di fuori del normale orario di lavoro delle attività previste dall'impegno di servizio e che non è possibile svolgere tale attività in occasione di assenze dal servizio effettuabili a titolo di turni di guardia e pronta disponibilità ordinaria, malattia, infortunio, astensioni dal servizio per gravidanza e maternità, astensioni dal servizio per congedi parentali, permessi retribuiti che interessano l'intero arco di durata della giornata (es. permessi per gravi motivi familiari, ecc.), ferie, congedo per rischio radiologico, adesione allo sciopero, per orari coincidenti con quelli di astensione dal lavoro, aspettative non retribuite concesse a vario titolo, articolazioni flessibili dell'orario di servizio con regime di impegno ridotto, sospensioni dal servizio per provvedimenti cautelari collegati a procedure disciplinari, periodi di riposo obbligatori.

*Il sottoscritto si impegna specificatamente al rispetto dei seguenti obblighi:*

- raggiungimento dei volumi annui di prestazioni da erogare in ALP individuati dalla Direzione Aziendale;
- rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla programmazione aziendale per l'effettuazione delle corrispondenti prestazioni in regime istituzionale;
- rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionale e attività in ALP (art.5 Regolamento)
- erogazione della prestazione in ALP previa verifica della prenotazione e pagamento da parte dell'utente presso il CUP aziendale;
- rispetto degli adempimenti amministrativi contabili e fiscali imposti dalla vigente normativa in materia di libera professione intramuraria;
- rispetto, nel caso di intramuraria così detta allargata, dei requisiti minimi strutturali previsti dalla vigente normativa per gli ambulatori utilizzati.

Il/La sottoscritta si assume ogni responsabilità circa le dichiarazioni sopra indicate, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi. (art. 76 DPR 28.12.2000 nr. 445 in materia di documentazione amministrativa).

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/1993, il sottoscritto autorizza che i dati personali forniti vengano raccolti e trattati, anche con l'uso di sistemi informatizzati, dall'Azienda per le finalità connesse alla presente procedura.

Con osservanza.

---

FIRMA

Data \_\_\_\_\_

Il responsabile dell'Unità Operativa di appartenenza del/della Dott./Dr.ssa \_\_\_\_\_ dichiara che i giorni e le fasce orarie indicate sono compatibili con le esigenze di servizio e che le prestazioni sopra indicate:

- ☐ **sono** svolte all'interno della stessa Unità Operativa anche in regime istituzionale
- ☐ **non sono** svolte all'interno della stessa Unità Operativa in regime istituzionale.
  
- ☐ **parere positivo**
- ☐ **parere negativo.**

(allegare relazione sintetica se l'autorizzazione viene richiesta per attività esterna all'azienda).

Data.....

\_\_\_\_\_  
*FIRMA DEL RESPONSABILE U.O.*



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

Spettabile

Ufficio Libera Professione

U.O.C. Gestione Attività Amministrativa di  
Supporto al Polo Ospedaliero, Flussi  
Informativi e Libera Professione

**ASST LARIANA**

Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE INTRAMOENIA ALLARGATA PER L'ANNO  
2025

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_ - dipendente in  
qualità

di Dirigente \_\_\_\_\_a rapporto esclusivo  
assegnato

alla Struttura \_\_\_\_\_

del Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_

in possesso della specializzazione in

\_\_\_\_\_

titolare di incarico dirigenziale di

\_\_\_\_\_

CHIEDE

di potere svolgere l'attività libero professionale intramoenia allargata nella  
seguente sede:

indirizzo: \_\_\_\_\_

tipologia di locali (1):

\_\_\_\_\_

in caso di uso congiunto indicare la tipologia di attività che si svolge nei locali (2):

\_\_\_\_\_

(1) Indicare se si tratta di "locali privati ad uso esclusivo" o "locali privati ad uso congiunto" o "locali ad uso commerciale"

(2) Indicare la tipologia di attività che si svolge nella sede

ed a tal fine

### DICHIARA

- che nei locali sopra indicati:
  - ☐ si svolgerà esclusivamente la propria attività libero professionale;
  - ☐ (*oppure, nel caso di attività congiunte*) che nella stessa sede operano solo altri professionisti dirigenti del ruolo sanitario dipendenti del SSN a rapporto esclusivo, e che quindi non operano:
    - Professionisti non dipendenti del SSN
    - Professionisti dipendenti del SSN a rapporto non esclusivo;
- che la richiesta ha il fine di garantire che l'esercizio dell'ALPI avvenga tenendo conto delle seguenti specificità (selezionare l'ipotesi):
  - ☐ necessità di disporre di spazi per svolgere le attività in specifiche fasce orarie o giornate \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (specificare);
  - ☐ disponibilità di spazi dotati di specifiche strumentazioni diagnostiche non disponibili per l'attività ALPI in spazi istituzionali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (specificare);
  - ☐ necessità di disporre di spazi in cui è garantita nei confronti di specifica utenza una tutela di riservatezza rinforzata in particolari aree specialistiche e in difesa della dignità personale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (specificare)
- che presso lo studio sopraindicato sarà garantita l'attivazione dell'infrastruttura di rete per il collegamento, in voce o dati, con l'Ente in condizioni di sicurezza, con le modalità tecniche di realizzazione individuate dal Decreto del Ministro della salute 21 febbraio 2013;
- che, pertanto, verrà registrata la prenotazione delle prestazioni nell'apposita agenda del sistema aziendale Priamo o direttamente oppure attraverso il personale addetto, in quest'ultimo caso provvederà ad inviare mail, almeno 48 ore prima dell'appuntamento, all'indirizzo [libera.professione@asst-lariana.it](mailto:libera.professione@asst-lariana.it), indicando gli estremi degli appuntamenti (data e orario visita, nominativo paziente, codice fiscale e indirizzo mail paziente);



- che con oneri a proprio carico sarà garantita la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo per il pagamento di prestazioni direttamente all'Ente;
- che nell'erogazione delle prestazioni sarà garantita la riconoscibilità da parte dell'utente che il sottoscritto è dipendente dell'Ente;
- che con oneri a proprio carico provvederà a sottoscrivere polizza assicurativa per responsabilità civile per conseguenze generate in occasione dell'attività libero professionale intramuraria allargata presso lo studio sopra indicato;
- di avere preso visione e piena conoscenza della DGR n. XI/3540 del 7/9/2020 di "Approvazione linee guida in materia di attività libero professionale intramuraria dei dirigenti medici, veterinari e della dirigenza sanitaria dipendenti del SSL" ed in particolare il paragrafo 5 "Intramoenia allargata";
- di essere consapevole che l'avvio dell'attività di cui alla presente istanza è subordinato alla preventiva autorizzazione delle Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e alla successiva stipula di Convenzione annuale tra il sottoscritto e l'Ente;
- di essere consapevole che la decadenza di uno qualsiasi dei requisiti sopra esposti è causa di recesso unilaterale dalla convenzione da parte dell'Azienda.

Data

Timbro e Firma



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

**OGGETTO: richiesta autorizzazione all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
matricola n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, dirigente del ruolo sanitario, in servizio presso l'Unità Operativa di \_\_\_\_\_, del Presidio di \_\_\_\_\_, avendo già optato per il rapporto di lavoro esclusivo, in possesso delle seguenti specializzazioni:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

e a conoscenza del Regolamento Aziendale ALPI approvato con deliberazione n. 543 del 30-05-2018 che accetta integralmente

**c h i e d e**

di essere autorizzato a svolgere, ai sensi della normativa vigente, l'attività libero-professionale intramuraria presso:

spazi interni individuati dall'Azienda.

L'attività libero-professionale oggetto della presente richiesta si svolgerà come di seguito indicato:

-- **LUOGO DI SVOLGIMENTO** (indicare presidio, reparto, poliambulatorio o altro):

1.

\_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

3.

\_\_\_\_\_

-- **DECORRENZA** dal \_\_\_\_\_ (data non anteriore al primo giorno del secondo mese successivo alla richiesta)

-- **PRESTAZIONI:**

Codice SSN	Descrizione prestazione	Tariffa	Tempo medio di erogazione (in minuti)

-- **PERSONALE PARTECIPANTE:**

- ☐ **con** personale di supporto  
☐ **senza** personale di supporto

-- **GIORNI E FASCE ORARIE:**

	L	M	M	G	V	S	D
dalle ore	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
alle ore	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
nr. pazienti	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Tutte le prestazioni saranno registrate su agende aziendali informatizzate e dovranno essere prenotate nel sistema Priamo Cup a cura del:

- ☐ personale Cup  
☐ medico

Il sottoscritto è stato informato che l'Azienda effettua controlli per accertare che l'attività autorizzata a seguito della presente richiesta non venga espletata in orari di servizio, venga regolarmente attestata attraverso apposita timbratura separata e che tutte le prestazioni debbano essere refertate nel sistema Priamo aziendale.

- ☐ Il/La sottoscritto/a manifesta la propria intenzione ad erogare prestazioni direttamente a domicilio degli assistiti.

Prende atto che le prestazioni erogate direttamente a domicilio degli assistiti devono avere carattere eccezionale ed essere preventivamente autorizzate dall'Azienda.

- ☐ Il/La sottoscritto/a manifesta inoltre la propria intenzione ad aderire all'attività libero professionale effettuata in regime di ricovero.

- ☐ Il/La sottoscritto/a manifesta inoltre la propria intenzione ad aderire all'eventuale attività libero professionale in équipe.

Le prestazioni, in caso di accoglimento della presente richiesta, saranno erogate in regime di attività libero-professionale intramuraria e rientrano nella disciplina di \_\_\_\_\_ che è quella di appartenenza o, nei casi eccezionali previsti dal relativo Regolamento, nella disciplina equipollente di \_\_\_\_\_, della quale il sottoscritto è in possesso del diploma di specialità o dei 5 anni di anzianità di servizio nella stessa.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al CUP le prenotazioni prese direttamente e non inserite nell'agende informatizzate affinché il personale addetto vi provveda.

Il/La sottoscritto/a prende atto che l'attività libero-professionale intramuraria deve essere prestata al di fuori del normale orario di lavoro delle attività previste dall'impegno di servizio e che non è possibile svolgere tale attività in occasione di assenze dal servizio effettuabili a titolo di turni di guardia e pronta disponibilità ordinaria, malattia, infortunio, astensioni dal servizio per gravidanza e maternità, astensioni dal servizio per congedi parentali, permessi retribuiti che interessano l'intero arco di durata della giornata (es. permessi per gravi motivi familiari, ecc.), ferie, congedo per rischio radiologico, adesione allo sciopero, per orari coincidenti con quelli di astensione dal lavoro, aspettative non retribuite concesse a vario titolo, articolazioni flessibili dell'orario di servizio con regime di impegno ridotto, sospensioni dal servizio per provvedimenti cautelari collegati a procedure disciplinari, periodi di riposo obbligatori.

***Il sottoscritto si impegna specificatamente al rispetto dei seguenti obblighi:***

- raggiungimento dei volumi annui di prestazioni da erogare in ALP individuati dalla Direzione Aziendale;
- rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla programmazione aziendale per l'effettuazione delle corrispondenti prestazioni in regime istituzionale;
- rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionale e attività in ALP (art.5 Regolamento)
- erogazione della prestazione in ALP previa verifica della prenotazione e pagamento da parte dell'utente presso il CUP aziendale;
- rispetto degli adempimenti amministrativi contabili e fiscali imposti dalla vigente normativa in materia di libera professione intramuraria;
- rispetto, nel caso di intramuraria così detta allargata, dei requisiti minimi strutturali previsti dalla vigente normativa per gli ambulatori utilizzati.

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Regolamento aziendale dell'attività libero-professionale di cui alla delibera 543 del 30/5/2018 e si impegna a rispettare quanto in esso previsto. SIGLA: \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritta si assume ogni responsabilità circa le dichiarazioni sopra indicate, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di

atti falsi. (art. 76 DPR 28.12.2000 nr. 445 in materia di documentazione amministrativa).

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/1993, il sottoscritto autorizza che i dati personali forniti vengano raccolti e trattati, anche con l'uso di sistemi informatizzati, dall'Azienda per le finalità connesse alla presente procedura.

Con osservanza.

\_\_\_\_\_  
*FIRMA*

Data \_\_\_\_\_

Il responsabile dell'Unità Operativa di appartenenza del/della Dott./Dr.ssa \_\_\_\_\_ dichiara che i giorni e le fasce orarie indicate sono compatibili con le esigenze di servizio e che le prestazioni sopra indicate:

- ☐ **sono** svolte all'interno della stessa Unità Operativa anche in regime istituzionale
- ☐ **non sono** svolte all'interno della stessa Unità Operativa in regime istituzionale.
  
- ☐ **parere positivo**
- ☐ **parere negativo.**

(allegare relazione sintetica se l'autorizzazione viene richiesta per attività esterna all'azienda).

Data.....

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E *FIRMA DEL RESPONSABILE U.O.*

Restituire all'Ufficio Libera Professione – Rag.ra Antonietta Facchinetti int. 8908 – fax 8694
--



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

Al Direttore Generale  
Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana  
Via Napoleona, 60  
22100 Como

Oggetto: AUTOCERTIFICAZIONE.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
disciplina \_\_\_\_\_  
consapevole delle conseguenze di natura civile e penale che potrebbero derivare da dichiarazioni  
false o mendaci

Dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, di essere in possesso dei  
seguenti titoli di specializzazione e idoneità nella disciplina di appartenenza o in disciplina  
equipollente (è a cura del dirigente dimostrare l'equipollenza mediante la produzione del  
provvedimento che la riconosca):

1.

\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

3.

\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/1993, il sottoscritto autorizza che i dati personali forniti con la presente  
richiesta vengano raccolti e trattati, anche con l'uso di sistemi informatizzati, dall'Azienda per le finalità  
connesse alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Restituire all'Ufficio Libera Professione – Sig.ra Antonietta Facchinetti int. 8908 – fax 8694



Oggetto: AUTOCERTIFICAZIONE.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
disciplina \_\_\_\_\_  
consapevole delle conseguenze di natura civile e penale che potrebbero derivare da dichiarazioni  
false o mendaci

Dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, che lo/gli studio/i privato/i  
del professionista collegato/i in rete presso il/i quale/i intende svolgere attività libero professionale  
sito/i in:

1.

\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

3.

\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

risponde/rispondono ai requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente in relazione alla  
disciplina professionale di cui trattasi e in esso non operano professionisti non dipendenti o non  
convenzionati del Servizio sanitario nazionale ovvero dipendenti non in regime di esclusività.

Dichiara

Altresì, che le apparecchiature sanitarie presenti sono conformi alle norme di sicurezza in relazione  
alla disciplina professionale di cui trattasi.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA PROFESSIONISTA \_\_\_\_\_



**Modulo per dichiarazione d'insussistenza di incompatibilità dei componenti della commissione tecnica aziendale (prevista dall'art. 21, A.C.N. 4.4.2024) con i candidati.**

*La/Il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. ...., Componente della Commissione dell'avviso pubblico per l'assegnazione di n .... incarico di Specialista Ambulatoriale nella branca di ..... a tempo indeterminato, presa visione dell'elenco dei partecipanti, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,*

**DICHIARA**

- 1. di non ricoprire cariche politiche e di non essere rappresentante sindacale o designato dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali (ex art. 35 c.3 del D.Lgs. 165/2001, art. 1, comma 4, A.C.N. 4.4.2024);*
- 2. di non essere stata/o condannata/o anche con sentenza non passata in giudicato per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti dei privati contro la Pubblica Amministrazione) (ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, art. 1, comma 4, A.C.N. 4.4.2024);*
- 3. che non sussistono situazioni di incompatibilità tra la/il sottoscritta/o ed i concorrenti, ai sensi degli artt. 51 e 52 del Codice di Procedura Civile (tra le quali: vincolo di parentela, affinità, convivenza o altre gravi ragioni di convenienza che impongano l'astensione) (ex art. 70 c.13 del D.Lgs. 165/2001, art. 1, comma 4, A.C.N. 4.4.2024).*

*La/il sottoscritta/o dichiara infine di essere stata/o informata/o:*

*ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. UE 2016/679 e e ss.mm.ii., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa;*

*ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. 165/2001 e ai sensi dell'art. 1, comma 4, A.C.N. 4.4.2024 – che ci si deve attenere al codice di comportamento, anche aziendale, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico;*

*ai sensi dell'art. 6-bis. (Conflitto di interessi) Legge 241/1990 e ss.mm.ii. - Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi – che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.*

*Luogo, data .....*

**FIRMA**

.....





Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

## AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- A) di partecipare all'evento con sponsorizzazione con rimborso spese di iscrizione ☐, viaggio ☐, vitto ☐, altro specificare ☐: .....
- B) di partecipare in qualità di relatore con incarico non retribuito e solo rimborso spese all'evento ☐ .....

### DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 della L. 25.11.2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di conflitto di interessi:

☐ di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;

☐ che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;

☐ di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda ASST Lariana e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;

☐ di non aver usufruito per più di 2 volte nell'arco dell'anno in corso del contributo per il rimborso spese per partecipazione a eventi formativi esterni dallo stesso sponsor.

In fede \* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o compartecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente /relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N.

\* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI E DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI**  
(ex art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

All'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In relazione all'incarico di consulenza in materia di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali, civili ed amministrative previste dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni non veritiere e false attestazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del medesimo DPR, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 15 comma 1 lettera c del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013:

- ☐ di non svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

ovvero

- ☐ di svolgere incarichi e/o ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati finanziati dalla pubblica amministrazione:

Ente di diritto privato regolato o finanziato dalla pubblica amministrazione	Tipologia di incarico/carica	Durata

- ☐ di svolgere le seguenti attività professionali \_\_\_\_\_

ovvero

- ☐ di non svolgere attività professionali

ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001:

- di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'U.O.C. Affari Generali e Legali ogni variazione della situazione sopra richiamata, rendendo una nuova dichiarazione.

Dichiara inoltre di essere informato che:

- ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'ASST Lariana, unitamente al curriculum vitae, nella sezione "Amministrazione Trasparente/Consulenti e Collaboratori";
- i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Autorizza**

il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, ai sensi della vigente normativa in materia.

Data \_\_\_\_\_

In fede

Ai fini predetti allega copia del documento d'identità in corso di validità.

**DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSI RUP/DEC/ALTRI**  
**(art. 35-bis, comma 1 del D.Lgs. 165/2001; art. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013)**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

nell' ambito della procedura di Gara/Provvedimento/Contratto/aggiudicato/CIG

consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, e nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi degli artt 46 e 47 del DPR 445/2000 e dei controlli che l'amministrazione è tenuta a effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate,

**DICHIARA**

Di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del codice penale ai sensi dell'art. 35-bis, comma 1, lett. c), del D.Lgs 165/2001.

Che, per quanto di propria competenza, con riferimento alle imprese del settore merceologico di interesse della procedura (per il RUP) o di impresa parte del contratto (per il DEC/DL/Altro), riguardo alle potenziali cause che potrebbero generare conflitto di interessi anche potenziale:

- ☐ di non svolgere e/o di non aver svolto nell'anno precedente incarichi di collaborazione o consulenza, corsi, convegni, sponsorizzazioni a qualsiasi titolo e nei confronti dell'impresa fornitrice della fornitura/servizio/lavoro richiesto;
- ☐ di non essere titolare di diritti aventi natura patrimoniale e/o di sfruttamento economico (diritti d'autore/brevetti, partecipazioni, titolarità di quote, azioni, etc..) su prodotti e quote dell'impresa indicata come fornitrice della fornitura/servizio/lavori richiesto;

**DICHIARA INOLTRE**

- di aver reso alla propria Azienda le dovute comunicazioni relative agli interessi finanziari nei confronti di soggetti privati (artt 6, comma 1, e 13 del DPR 62/2013);
- che nello svolgimento dei compiti affidati non si trova in situazioni di conflitto di interesse (art 6 bis della L 241/1990, art. 16 D.lgs 36/2023 e art 6, comma 2 del DPR 62/2013) che possono essere percepite come pregiudizio alla imparzialità e indipendenza di giudizio nello svolgimento dei compiti ivi inclusi le relazioni personali, commerciali di amicizia o grave inimicizia, professionali o di titolarità di poteri di gestione (art 7 del DPR 62/2013).

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il sottoscritto si impegna ad operare con imparzialità e a svolgere il proprio compito con rigore, riservatezza, e nel rispetto della normativa vigente, dei principi fondamentali in materia e del Codice di comportamento aziendale, in posizione di indipendenza, imparzialità ed autonomia, e dichiara altresì di aver preso visione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione aziendale.

In relazione a quanto sopra descritto

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle situazioni sopra indicate e dichiara di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 679/2016/UE, l'utilizzo dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Ai sensi dell'art 38, comma 3 del DPR 445/2000 allega copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità

Luogo e data

Firma



## DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI DEL PERSONALE IMPEGNATO NELL'ATTUAZIONE DEI PROGETTI NELL'AMBITO DEGLI INTERVENTI A VALERE SUL PNRR

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_ (es. DG/dirigente ufficio, ecc.) presso \_\_\_\_\_ (es.  
Ministero/Regione/PP.AA./ASL, ecc.), con il ruolo di \_\_\_\_\_ (es. RUP/DEC, ecc.), relativo al  
Contratto \_\_\_\_\_ - CIG/CIG \_\_\_\_\_ Derivato: \_\_\_\_\_,  
CUP: \_\_\_\_\_ sottoscritto in attuazione dell'intervento \_\_\_\_\_ a valere  
sull'Investimento \_\_\_\_\_ sub-investimento \_\_\_\_\_, della Missione 6  
del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

anche con specifico riferimento ai seguenti soggetti giuridici realizzatori dei contratti sopra richiamati, nonché  
dei loro titolari effettivi:

- nome cognome – denominazione soggetto giuridico;
- nome cognome – denominazione soggetto giuridico;
- .....

**vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi,**

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità e in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le false  
dichiarazioni dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dalle disposizioni del Codice penale e dalle leggi speciali in  
materia, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

1. di svolgere i seguenti incarichi e/o avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati  
o finanziati dalla pubblica amministrazione (indicare denominazione dell'incarico o della carica,  
denominazione dell'ente, durata dell'incarico):

DENOMINAZIONE INCARICO	DENOMINAZIONE ENTE	DURATA INCARICO

2. di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziale, e di non avere  
direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che potrebbe  
rappresentare ed essere percepito come una minaccia all'imparzialità e indipendenza nel contesto della  
presente procedura di selezione o di esecuzione del contratto. In particolare, dichiara di non trovarsi in una  
delle seguenti circostanze in cui si presume un conflitto di interessi, anche potenziale:



- partecipazione diretta o indiretta all'interno del capitale sociale del Soggetto proponente/realizzatore, di soggetti o organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di società, enti o associazioni anche non riconosciute direttamente controllate dallo stesso;
  - aver lavorato o aver rivestito cariche di amministratore/sindaco all'interno del Soggetto proponente/realizzatore, ovvero di società, enti o associazioni anche non riconosciute direttamente controllate dallo stesso nei 24 mesi antecedenti all'avvio della procedura di selezione pubblica o di esecuzione del contratto;
  - esercizio da parte di parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente di attività politiche, professionali, economiche o finanziarie che li pongano in contatti frequenti con il Soggetto proponente/realizzatore o coinvolgimento degli stessi nelle decisioni o nelle attività ad esso inerenti;
  - essere titolare di diritti aventi natura patrimoniale o di sfruttamento economico (diritti d'autore/brevetti, partecipazioni, titolarità di quote, etc.) su prodotti o quote del Soggetto proponente/realizzatore o affini che operino nel settore merceologico di interesse della procedura di selezione o di esecuzione del contratto;
  - esistenza di cause pendenti o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi con il Soggetto proponente/realizzatore di soggetti o organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di società, enti o associazioni anche non riconosciute direttamente controllate dallo stesso;
  - ricezione di omaggi dal Soggetto proponente/realizzatore di importo ritenuto non modico (superiore a 100 euro) nei 12 mesi antecedenti all'avvio della procedura di selezione o dell'esecuzione del contratto.
3. di impegnarsi a non utilizzare a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio, a non divulgarle al di fuori dei casi consentiti e ad evitare situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine del Ministero;
  4. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva;
  5. di autorizzare la pubblicazione dei presenti dati sul sito internet del Ministero della Salute;
  6. che la presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 6-bis Legge 241/90, degli artt. 6-7 del D.P.R. 62/2013, dell'art. 53, comma 14, del Decreto legislativo 165/2001 e dell'articolo 15, comma 1, lettera c) del Decreto legislativo 33/2013.

Luogo e data

Nominativo e Firma

*(allegare copia di documento di identità in corso di validità qualora la dichiarazione non venga firmata digitalmente)*



## DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA COMPATIBILITA' CON L'INCARICO DI COMPONENTE DI COMMISSIONE GIUDICATRICE D'APPALTO

(resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a **COGNOME NOME**

Nato/a a **COMUNE DI NASCITA (PROV)** il **DATA DI NASCITA**

Residente in **INSERIRE** Via **INSERIRE** n. **INSERIRE**

Matricola n. **INSERIRE** in servizio presso SC.... dell'ASST Lariana PO di...

Recapito telefonico **INSERIRE**

servizio di **INSERIRE**

in qualità di soggetto individuato dalla Direzione dell'ASST LARIANA quale Componente della Commissione Giudicatrice per l'affidamento della procedura aperta telematica ai sensi degli artt. 14 e 71 del d.lgs. 36/2023 per la .....

CIG .

Ditte Offerenti:

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

### DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dall'art 93 comma 5 del D.Lgs 36/2023 , dell'art. 35 bis del d.lgs. del 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i., dell'art. 6 bis della Legge n. 241/90, del DPR 16.4.2013 n. 62 e del Codice di Comportamento dei Dipendenti

- di **non aver** svolto né di svolgere alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta;
- di **non aver** rivestito nel biennio precedente cariche di pubblico amministratore presso questa Amministrazione;
- di **non aver** concorso in qualità di membro di Commissioni Giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi;



- di **non incorrere** nelle cause di astensione previste dall'art. 51 codice di procedura civile;
- di **non incorrere** nel divieto di cui all'art. 35 bis del d.lgs. del 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i., ossia: di **non essere** stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la Pubblica Amministrazione);
- **l'assenza** di situazioni, anche potenziali<sup>1</sup>, di conflitto di interessi rispetto all'oggetto della procedura di gara ed i concorrenti che hanno sottomesso la loro offerta (in particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 );
- **di impegnarsi** a comunicare le eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere durante l'esecuzione dell'incarico in premessa citato.
- **di impegnarsi** a non usare le informazioni e/o i dati commerciali riservati di un offerente nel corso di una procedura di gara
- **di autorizzare** la pubblicazione del curriculum vitae e della presente dichiarazione per le finalità legate alla presente procedura.

Il sottoscritto dichiara, infine, di aver preso visione dell'informativa privacy relativa al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 679/2016/UE.

In fede,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare:**

copia del documento di identità.

Curriculum vitae

---

<sup>1</sup> Si precisa che la presente dichiarazione attiene alle concrete situazioni elencate nel D.P.R. 16.4.2013 n. 62 e recepite dal Codice di Comportamento dei Dipendenti e che il medesimo conflitto si intende chiaramente riferito anche alle situazioni di mera potenzialità.



**INFORMATIVA**

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

*Analisi delle registrazioni delle chiamate telefoniche all'help desk informatico a scopi di verifica degli standard qualitativi*

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali che La riguardano formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per questo desideriamo fornirLe le relative informazioni.

Titolare	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana - Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132				
Finalità e base giuridica del trattamento	Finalità	Base giuridica (riferita al GDPR)			
	Verificare la qualità degli interventi telefonici da parte degli operatori di help desk informatico	Obbligo legale (art. 6 p. 1 lettera c)) <i>Il trattamento dei dati personali non richiede il consenso degli interessati giacché l'ASST Lariana ha l'obbligo legale di valutare gli standard qualitativi delle prestazioni dei propri fornitori.</i>			
Modalità del trattamento	Finalità	Dati trattati			
	Verificare la qualità degli interventi telefonici da parte degli operatori di help desk informatico	Dati anagrafici del dipendente dell'ASST Lariana che richiede l'intervento dell'help desk. Registrazioni audio delle telefonate  Modalità del trattamento Saranno registrate tutte le conversazioni telefoniche che, tuttavia, non subiranno alcun ulteriore trattamento. Le registrazioni sono eseguite a cura del fornitore del servizio di help desk che ne garantisce la conservazione in sicurezza. Saranno oggetto di ascolto e di analisi congiunta da parte di ASST Lariana e del fornitore del servizio di help desk unicamente le conversazioni che corrispondono a mancate risoluzioni di segnalazioni che hanno avuto impatti rilevanti sulla corretta e continua attività delle Unità Organizzative dell'ASST Lariana			
Destinatari	Finalità	Destinatari			
	Verificare la qualità degli interventi telefonici da parte degli operatori di help desk informatico	Nessun destinatario			
Periodo di conservazione	Finalità	Durata			
	Verificare la qualità degli interventi telefonici da parte degli operatori di help desk informatico	I dati saranno conservati fino al termine dell'attività di analisi e, comunque, non oltre un mese dalla registrazione			
Diritti dell'interessato	Diritto	Riferimento al GDPR	Diritto	Riferimento al GDPR	
	Accesso ai dati personali	Art. 15	Rettifica dei dati personali	Art. 16	
	Cancellazione dei dati personali	Art. 17	Limitazione del trattamento	Art. 18	
	Portabilità dei dati personali	Art. 20	Opposizione al trattamento	Art. 21	
	Diritto al reclamo al Garante per la Protezione dei Dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma – protocollo@gpdp.it - 06696771	Art. 77	Diritto alla comunicazione della violazione	Art. 34	
Processo decisionale automatizzato: NO		Trasferimenti dei dati a paesi extra UE: NO		Profilazione dell'interessato: NO	
Responsabile per la Protezione dei Dati Personali	ISFORM & CONSULTING SRL – Via Guido Dorso 75 – 70125 – Bari - email info@isformconsulting.it - PEC isform.srl@pec.it – Tel.0805025250 Persona fisica da contattare: Francesco Maldera – email rpd@asst-lariana.it				
Dati di contatto per l'esercizio dei diritti	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana Sede legale: Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132 Sede operativa: Via Ravona n. 20 – 22042 – San Fermo della Battaglia (Como) – Italia – Tel. 0315851 – email dir.gen@pec.asst-lariana.it – PEC protocollo@pec.asst-lariana.it				



## MODULO PER LA DONAZIONE DI BENI E SERVIZI

Al  
Direttore Generale  
ASST Lariana  
Via Napoleona, 60  
22100 COMO (CO)  
protocollo@asst-lariana.it

La/il sottoscritta/o<sup>1</sup>

Nome	Cognome		
Comune di residenza	Provincia di residenza e Nazione di residenza	C.A.P. della residenza	
Indirizzo di residenza	N. civico		
Codice fiscale			

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## IN QUALITÀ DI

	Privato cittadino
	Rappresentante legale dell'impresa _____ con sede nel Comune di _____, provincia _____, Stato _____, Via/Piazza _____, con codice fiscale n. _____ e partita I.V.A. n. _____,
	altro (ad es. tutore) _____

## ESPRIME LA VOLONTÀ DI DONARE

All'Unità Operativa /Servizio/Reparto per Presidio di: _____	
Il seguente bene: <ul style="list-style-type: none"><li>• Apparecchiatura sanitaria.</li><li>• Apparecchiatura non sanitaria.</li><li>• Attrezzatura informatica, software.</li><li>• Arredi, attrezzatura ed oggetti di uso corrente, ecc.</li><li>• Altro _____</li></ul>	
Descrizione del bene	
Descrizione degli eventuali servizi, accessori all'attrezzatura del bene donato, di cui assume contestualmente l'onere	
Il cui valore complessivo è pari a (I.V.A. compresa)	€ _____ / ____ (in cifre) - _____ / ____ (in lettere)

La/il sottoscritta/o dichiara che:

- il bene è coperto da garanzia per un periodo di \_\_\_\_\_ mesi<sup>2</sup>;
- il bene donato è conforme alla legislazione ed alla normativa vigenti a livello europeo e nazionale in materia di

<sup>1</sup> Il donante se **persona fisica** deve allegare la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità; se **persona giuridica** deve allegare la fotocopia di un documento d'identità nonché il titolo che lo autorizza all'effettuazione della donazione (es.: atto di nomina quale Legale Rappresentante/legittimato).

<sup>2</sup> È obbligatorio consegnare il titolo relativo alla validità della garanzia oltre che la scheda tecnica o il depliant illustrativo del bene



sicurezza e qualità;

- esiste un mercato concorrenziale per l'acquisto dei materiali di consumo eventualmente connessi all'utilizzo dell'apparecchiatura;
- sono a proprio carico gli oneri relativi alla consegna ed alla installazione dell'apparecchiatura;
- il bene è accompagnato da ogni documentazione funzionale al collaudo (manuale d'uso in italiano, certificato CE o altra documentazione attestante il possesso dei requisiti richiesti dalla vigente legislazione in materia);
- di non essere parte di un procedimento in corso diretto alla conclusione di un contratto a titolo oneroso con l'ASST Lariana;
- ha letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679;
- la donazione è di modico valore rispetto alla propria capacità economica e patrimoniale;
- accetta incondizionatamente le condizioni previste dal regolamento aziendale delle donazioni dell'ASST Lariana;
- non è parte – personalmente, o quale amministratore, gestore, legale rappresentante, socio, titolare di partecipazioni o di incarico/incarichi in società, imprese commerciali, persone giuridiche, altri enti o associazioni – di un procedimento in corso diretto alla conclusione di un contratto a titolo oneroso con l'Azienda.

Luogo e data	Firma
_____,'_____	

La/il sottoscritta/o, dopo aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679,

<input type="checkbox"/>	acconsente
<input type="checkbox"/>	NON acconsente

al trattamento dei seguenti dati personali per finalità di comunicazione urgente

Telefono fisso	Telefono mobile
Fax	Indirizzo posta elettronica ordinaria/indirizzo PEC
Luogo e data	Firma
_____,'_____	

La/il sottoscritta/o, dopo aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679,

<input type="checkbox"/>	acconsente
<input type="checkbox"/>	NON acconsente

alla pubblicazione del proprio nome/denominazione sul sito internet dell'ASST Lariana, nella sezione "Grazie ai donatori".

Luogo e data	Firma
_____,'_____	

**INFORMATIVA** ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali che La riguardano formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per questo desideriamo fornirle le relative informazioni.

<b>Titolare del trattamento e dati di contatto</b>	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana - Sede legale: Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132 Tel. 0315851 – email dir.gen@pec.asst-lariana.it – PEC protocollo@pec.asst-lariana.it			
<b>Responsabile per la Protezione dei Dati Personali</b>	ISFORM & CONSULTING SRL – Via Guido Dorso 75 – 70125 – Bari - email info@isformconsulting.it - PEC isform.srl@pec.it – Tel.0805025250 - Persona fisica da contattare: Francesco Maldera – email rpd@asst-lariana.it			
<b>Finalità e base giuridica del trattamento</b>	<b>Finalità</b>	<b>Base giuridica (riferita al GDPR)</b>		
	Gestione della donazione a favore dell'ASST Lariana	Interesse pubblico (art. 6 p. 1 lettera e)) <i>Il mancato conferimento dei dati non consente l'accettazione della donazione</i>		
	Comunicazioni urgenti	Consenso (art. 6 p. 1 lettera a)) <i>Il mancato consenso permette, comunque, la gestione della donazione ma non consentirà all'ASST Lariana di contattare l'istante per comunicazioni urgenti. Il consenso, qualora fornito, è revocabile in qualsiasi momento</i>		
	Pubblicazione nella sezione “Grazie ai donatori” del sito web dell'ASST Lariana	Consenso (art. 6 p. 1 lettera a)) <i>Il mancato consenso permette, comunque, la gestione della donazione ma non consentirà all'ASST Lariana di pubblicare i dati del donante. Il consenso, qualora fornito, è revocabile in qualsiasi momento</i>		
<b>Dati personali trattati</b>	<b>Finalità</b>	<b>Dati trattati</b>		
	Gestione della donazione a favore dell'ASST Lariana	Dati anagrafici, documento di riconoscimento, indirizzo di residenza, indirizzo di domicilio, motivazioni dell'istanza, documentazione di interesse		
	Comunicazioni urgenti			
	Pubblicazione nella sezione “Grazie ai donatori” del sito web dell'ASST Lariana	Telefono fisso, telefono mobile, fax, indirizzo email		
<b>Destinatari</b>	<b>Finalità</b>	<b>Destinatari</b>		
	Gestione della donazione a favore dell'ASST Lariana	Nessuno		
	Comunicazioni urgenti	Nessuno		
	Pubblicazione nella sezione “Grazie ai donatori” del sito web dell'ASST Lariana	Sito internet aziendale		
<b>Periodo di conservazione</b>	<b>Finalità</b>	<b>Durata</b>		
	Gestione della donazione a favore dell'ASST Lariana	Fino al quinto anno successivo alla donazione, fatto salvo l'eventuale contenzioso e quanto previsto dall'art. 10 del Dlgs. 42/2004 (Codice dei beni culturali e del paesaggio) per la conservazione dei documenti delle pubbliche amministrazioni per scopi di archiviazione nel pubblico interesse		
	Comunicazioni urgenti			
	Pubblicazione nella sezione “Grazie ai donatori” del sito web dell'ASST Lariana			
<b>Diritti dell'interessato</b>	<b>Diritto</b>	<b>Riferimento al GDPR</b>	<b>Diritto</b>	<b>Riferimento al GDPR</b>
	Accesso ai dati personali	Art. 15	Rettifica dei dati personali	Art. 16
	Cancellazione dei dati personali	Art. 17	Limitazione del trattamento	Art. 18
	Portabilità dei dati personali	Art. 20	Opposizione al trattamento	Art. 21
	Diritto al reclamo al Garante per la Protezione dei Dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma – protocollo@gpdp.it - 06696771	Art. 77	Diritto alla comunicazione della violazione	Art. 34
Rimane ferma, comunque, la facoltà dell'interessato a ricorrere al giudice competente per far valere i propri diritti				
<b>Processo decisionale automatizzato:</b> NO		<b>Trasferimenti dei dati a paesi extra UE:</b> NO		<b>Profilazione dell'interessato:</b> NO



**Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.**

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa .....

nella sua qualità di .....

con riferimento alla proposta di donazione .....

pervenuta in data.....prot. n. ....del.....

da parte del proponente.....

dipartimento/struttura destinataria della donazione.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

dichiara

sotto la propria responsabilità ai fini di quanto previsto dal D.P.R. 62/2013 e dal codice di comportamento aziendale di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale e/o apparente, con il proponente.

nello specifico:

- ☐ di non avere e di non avere avuto con il proponente indicato in epigrafe alcun tipo di impiego o rapporto libero-professionale nel corso degli ultimi tre anni;
- ☐ di non avere e di non avere avuto con il proponente indicato in epigrafe interessi finanziari nel corso degli ultimi tre anni;
- ☐ di non avere e di non avere avuto con il proponente indicato in epigrafe altri interessi economici nel corso degli ultimi tre anni;
- ☐ di non avere parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività professionali o economiche a favore o con il proponente indicato in epigrafe;
- ☐ che la donazione proposta non coinvolge, direttamente o indirettamente, alcun suo personale interesse, ovvero di parenti, o affini entro il secondo grado, o del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali ha rapporti di frequentazione abituale;
- ☐ di non aver partecipato in qualità di componente a commissione di gara per forniture aggiudicate al proponente indicato in epigrafe.

luogo e data

timbro e firma del dichiarante

## DOCUMENTO “DICHIARAZIONE DI INTERESSI”

(REGOLAMENTO 536/2014, ALLEGATO I, LETTERA M, N. 66 E ART. 6, COMMA 4, D. LGS. 14 MAGGIO 2019, N. 52, COME MODIFICATO  
ART. 11-BIS, COMMA 1, D.L. 19 MAGGIO 2020, N. 34, CONVERTITO IN L. 17 LUGLIO 2020, N. 77)

Ciascuno Stato membro, per ogni sperimentazione clinica, dovrà valutare gli aspetti inerenti alla parte II del Regolamento, tra i quali è presente la “**Dichiarazione di interessi**” che deve essere compilata dagli sperimentatori<sup>1</sup> e fa parte del dossier della domanda.

Questo modello è stato sviluppato e approvato dal Centro di coordinamento a partire dal modello elaborato dallo EU Clinical Trials Expert Group in ottemperanza con il Regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano. Tuttavia, questo modello è pertinente anche ai sensi della Direttiva 2001/20/CE.

La seguente dichiarazione fa riferimento alla sperimentazione clinica di seguito indicata

[Inserire il titolo completo e il numero di riferimento]

Da svolgersi presso il Centro [inserire denominazione Centro]

Centro Coordinatore [Sì] [NO]

Io sottoscritto, prof./dott. [cognome – nome],

affidente alla struttura [denominazione struttura]

Sperimentatore Principale [Sì] [NO]

nella suddetta sperimentazione,

**DICHIARO**

che quelle indicate nelle tabelle che seguono sono **tutte** le interessenze, attività e/o rapporti che intrattengo con il/i Promotore/i della sperimentazione e in generale con l’industria farmaceutica/biomedicale

**Tabella 1.A      Attività rilevanti svolte <sup>(2)</sup>**

<sup>1)</sup> Ai sensi del Regolamento (UE) n. 536/2014, ART. 2 co.2 n° 15 e 16 si definiscono «sperimentatore»: una persona responsabile della conduzione di una sperimentazione clinica presso un sito di sperimentazione clinica; «sperimentatore principale»: uno sperimentatore che guida, in qualità di responsabile, un gruppo di sperimentatori incaricato di condurre una sperimentazione clinica in un determinato sito.

<b>Ruolo/carica ricoperta presso il/i Promotore/i della sperimentazione e/o in generale con l'industria farmaceutica/biomedicale relativamente ad un particolare prodotto / gruppo di prodotti</b>	<b>NO</b>	<b>Attualmente o nell'anno trascorso</b>	<b>Da oltre 1 anno a meno di 3 anni</b>	<b>Oltre 3 anni<sup>2</sup></b>
<b>A)</b> Dipendente (impiegato – quadro – dirigente)				
<b>B)</b> Consulente scientifico ( <sup>3</sup> )				
<b>C)</b> Membro di un organismo collegiale scientifico con funzioni consultive per il promotore della sperimentazione				
<b>D)</b> Sperimentatore Principale ( <b>Principal Investigator</b> )				
<b>E)</b> Sperimentatore ( <b>Investigator</b> )				

**Tabella 1.B – identificazione di potenziali aree di conflitto**

<b>Tipologia di attività (Tabella 1.A)</b>	<b>Denominazione dell'azienda (PROMOTORE E NON) per cui Lei ha svolto un'attività rilevante</b>	<b>Prodotti affini a quello oggetto della sperimentazione</b>	
A) lavoro dipendente B) Consulenza scientifica individuale C) membro di organismi collegiali (ad es. Advisory Board, Steering Committee/ Academy, ...) D) attività di formazione (es.			

<sup>2</sup>) Selezionando una qualsiasi casella nelle colonne diverse da quello "NO" si dovranno fornire nella Tabella 1B informazioni riguardanti i prodotti interessati. Dichiarando un interesse nella tabella 1.A ma non fornendo le informazioni pertinenti nella Tabella 1.B, lo studio non potrà essere sottoposto al Comitato Etico.

<sup>3</sup>) Ai fini di questo documento, rientra nella definizione ogni professionista esperto che presta servizi al Promotore in un campo particolare, con o senza compenso (personale e/o istituzionale).

ECM, preceptorship)			
E) PI o Investigator			
F) Altro			

(→ Se necessario, usare ulteriori fogli)

## 2 - DICHIARAZIONE DI INTERESSI FINANZIARI, FAMILIARI O DI ALTRA NATURA

**Tabella 2.A – Partecipazioni al capitale, fondi/finanziamenti**

	NO	Sì diretta	Sì Indiretta ( <sup>4</sup> )	Ragione sociale azienda	Indicare quota in % o natura/ importo fondi
Detengo una partecipazione al capitale di un'industria farmaceutica/biomedicale					
Il mio Dipartimento riceve fondi o altri finanziamenti da una industria farmaceutica/ biomedicale (e io non percepisco compenso)					
Sono beneficiario di fondi o altri finanziamenti da industrie farmaceutiche					

**Tabella 2.B – Rapporti di parentela, brevetti**

	NO	SI	Nome azienda e prodotti	Descrizione
Ho vincoli coniugali, di convivenza, di parentela entro il secondo grado con persone legate ad industrie farmaceutiche/ biomedicali da rapporti di lavoro subordinato o da incarichi professionali				
Posseggo un brevetto sul medicinale sperimentale o su un prodotto affine				

(→ Se necessario, usare ulteriori fogli)

**Ove si ritenga sussistere qualsiasi altro interesse o fatto da segnalare, specificare di seguito:**

<sup>4</sup>) Ai fini di questo documento è considerata indiretta la partecipazione detenuta dal coniuge, dal convivente o da figli, genitori o fratelli. Selezionando una qualsiasi casella nella colonna "Sì, indiretta" si dovranno fornire nelle colonne successive informazioni riguardanti l'azienda, il periodo di attività ed i prodotti interessati. Non fornendo le informazioni pertinenti, lo studio non potrà essere sottoposto al Comitato Etico.



.....

(→ *Se necessario, usare ulteriori fogli*)

\*\*\* \*\*

Dichiaro di non avere altre interessenze, attività e/o rapporti diretti o indiretti nell'industria farmaceutica/ biomedicale o con essa, interessi economici, affiliazioni istituzionali o interessi personali che possano influenzare la mia imparzialità.

Dichiaro altresì, per quanto a mia conoscenza e sotto mia responsabilità, che le informazioni fornite sopra sono veritiere ed accurate.

Mi impegno ad aggiornarle tempestivamente, anche in momenti successivi all'inizio della sperimentazione.

Data: [Cliccare o toccare qui per inserire il testo.](#)



Allegato C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SUL CONFLITTO DI INTERESSE**  
(art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**Alla Segreteria della Commissione Farmaci Aziendale (CFA)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_  
assegnato alla Struttura Complessa di \_\_\_\_\_  
Stabilimento Ospedaliero \_\_\_\_\_

Al fine di garantire che il mio contributo sia improntato alla massima trasparenza ed imparzialità di operato e di giudizio, in piena conoscenza:

- dell'art. 6 bis della L. 241/90 che cita *"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale"*;
- del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza di ASST Lariana, Triennio 2022- 2023- 2024, pubblicato sul sito web istituzionale [www.asst-lariana.it](http://www.asst-lariana.it), ai sensi della legge n. 190/2012 e s.m.i.;
- di quanto previsto dagli art. 6, 7 e 13 del D.P.R. n. 62/2013 (Codice di comportamento dei pubblici dipendenti);
- del Codice di comportamento di ASST Lariana, pubblicato sul sito web istituzionale [www.asst-lariana.it](http://www.asst-lariana.it),

consapevole di quanto prescritto dall'art. 16 del D.P.R. 62/2013 sulle responsabilità conseguenti alla violazione del Codice di comportamento, dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante *"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"* circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- ☐ di non ricoprire alcun incarico di consulenza continuativa, collaborazione, impiego per le Aziende Farmaceutiche;
- ☐ di non ricoprire né aver ricevuto nei 3 (tre) anni precedenti posizioni dirigenziali in Aziende produttrici o distributrici di farmaci;
- ☐ di non aver relazioni di parentela fino al secondo grado con persone che rientrino nei casi previsti nei punti precedenti;
- ☐ di non trovarsi in una situazione di cointeressenza diretta o indiretta di tipo economico con Aziende del settore farmaceutico. (La cointeressenza diretta è propria del proprietario o socio di azienda farmaceutica; la cointeressenza indiretta è quella il cui coniuge, o parente entro il 2° grado di parentela sia proprietario o socio di un'azienda farmaceutica);
- ☐ di non avere partecipazioni azionarie e/o altri interessi finanziari con società produttrici ovvero con chi commercializza beni sanitari e/o farmaceutici, neanche attraverso parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente;
- ☐ di non avere e di non avere avuto negli ultimi tre anni rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati del settore farmaceutico in qualunque modo retribuiti;
- ☐ di non trovarsi in qualsiasi altra situazione che possa determinare un conflitto di interessi con l'incarico assunto.

## DICHIARA LA SUSSISTENZA DEI SEGUENTI INTERESSI

**in riferimento alla mia persona ed al coniuge/ convivente, parenti e affini entro il 2° grado di parentela:**

*(barrare la voce di interesse)*

- ☐ di aver ricevuto negli ultimi 3 (tre) anni compensi da organizzazioni pubbliche o private aventi un potenziale interesse per:
  - ☐ consulenze, partecipazioni a comitati scientifici o similari *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ partecipazioni a relazioni, presentazioni scientifiche a congressi o partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ contratti o borse di studio o di ricerca *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ segnalo inoltre qui di seguito ogni altra situazione personale o familiare che a mio avviso rappresenta potenziale conflitto di interesse (come ad esempio: ruolo di sperimentatore principale nell'ambito di ricerche profit o appartenenza ad associazioni di pazienti che ricevono sovvenzioni da industrie farmaceutiche) *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_

## DICHIARA INOLTRE

- ☐ di impegnarsi a fornire la presente dichiarazione anche per le condizioni che dovessero realizzarsi successivamente all'attuale situazione.

Luogo e data, .....

In fede

\_\_\_\_\_



Allegato B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SUL CONFLITTO DI INTERESSE**  
(art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**Alla Segreteria della Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
assegnato alla Struttura Complessa di \_\_\_\_\_  
Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

Al fine di garantire che il mio contributo sia improntato alla massima trasparenza ed imparzialità di operato e di giudizio, in piena conoscenza:

- dell'art. 6 bis della L. 241/90 che cita *"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale"*;
- del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza di ASST Lariana, Triennio 2022- 2023- 2024, pubblicato sul sito web istituzionale [www.asst-lariana.it](http://www.asst-lariana.it), ai sensi della legge n. 190/2012 e s.m.i.;
- di quanto previsto dagli art. 6, 7 e 13 del D.P.R. n. 62/2013 (Codice di comportamento dei pubblici dipendenti);
- del Codice di comportamento di ASST Lariana, pubblicato sul sito web istituzionale [www.asst-lariana.it](http://www.asst-lariana.it),

consapevole di quanto prescritto dall'art. 16 del D.P.R. 62/2013 sulle responsabilità conseguenti alla violazione del Codice di comportamento, dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante *"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"* circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- ☐ di non ricoprire alcun incarico di consulenza continuativa, collaborazione, impiego per le Aziende Farmaceutiche (settore dispositivi medici);
- ☐ di non ricoprire né aver ricevuto nei 3 (tre) anni precedenti posizioni dirigenziali in Aziende produttrici o distributrici di dispositivi medici;
- ☐ di non aver relazioni di parentela fino al secondo grado con persone che rientrino nei casi previsti nei punti precedenti;
- ☐ di non trovarsi in una situazione di cointeressenza diretta o indiretta di tipo economico con Aziende del settore farmaceutico e dei dispositivi medici. (La cointeressenza diretta è propria del proprietario o socio di azienda farmaceutica; la cointeressenza indiretta è quella il cui coniuge, o parente entro il 2° grado di parentela sia proprietario o socio di un'azienda farmaceutica);
- ☐ di non avere partecipazioni azionarie e/o altri interessi finanziari con società produttrici ovvero con chi commercializza beni sanitari e/o farmaceutici e/o dispositivi medici, neanche attraverso parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente;
- ☐ di non avere e di non avere avuto negli ultimi tre anni rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati del settore farmaceutico e dei dispositivi medici in qualunque modo retribuiti;

- ☐ di non trovarsi in qualsiasi altra situazione che possa determinare un conflitto di interessi con l'incarico assunto.

### **DICHIARA LA SUSSISTENZA DEI SEGUENTI INTERESSI**

**in riferimento alla mia persona ed al coniuge/ convivente, parenti e affini entro il 2° grado di parentela:**

*(barrare la voce di interesse)*

- ☐ di aver ricevuto negli ultimi 3 (tre) anni compensi da organizzazioni pubbliche o private aventi un potenziale interesse per:
  - ☐ consulenze, partecipazioni a comitati scientifici o similari *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ partecipazioni a relazioni, presentazioni scientifiche a congressi o partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ contratti o borse di studio o di ricerca *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ segnalo inoltre qui di seguito ogni altra situazione personale o familiare che a mio avviso rappresenta potenziale conflitto di interesse (come ad esempio: ruolo di sperimentatore principale nell'ambito di ricerche profit o appartenenza ad associazioni di pazienti che ricevono sovvenzioni da industrie farmaceutiche) *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_

### **DICHIARA INOLTRE**

- ☐ di impegnarsi a fornire la presente dichiarazione anche per le condizioni che dovessero realizzarsi successivamente all'attuale situazione.

Luogo e data, .....

In fede

\_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SUL CONFLITTO DI INTERESSE**  
(art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_  
assegnato alla Struttura Complessa di \_\_\_\_\_  
Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

Al fine di garantire che il mio contributo sia improntato alla massima trasparenza ed imparzialità di operato e di giudizio, in piena conoscenza:

- dell'art. 6 bis della L. 241/90 che cita *"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale"*;
- del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza di ASST Lariana, Triennio 2022- 2023- 2024, pubblicato sul sito web istituzionale [www.asst-lariana.it](http://www.asst-lariana.it), ai sensi della legge n. 190/2012 e s.m.i.;
- di quanto previsto dagli art. 6, 7 e 13 del D.P.R. n. 62/2013 (Codice di comportamento dei pubblici dipendenti);
- del Codice di comportamento di ASST Lariana, pubblicato sul sito web istituzionale [www.asst-lariana.it](http://www.asst-lariana.it),

consapevole di quanto prescritto dall'art. 16 del D.P.R. 62/2013 sulle responsabilità conseguenti alla violazione del Codice di comportamento, dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante *"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"* circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- ☐ di non ricoprire alcun incarico di consulenza continuativa, collaborazione, impiego per le Aziende del settore (dispositivi medici, ausili);
- ☐ di non ricoprire né aver ricevuto nei 3 (tre) anni precedenti posizioni dirigenziali in Aziende produttrici o distributrici di dispositivi medici / ausili;
- ☐ di non aver relazioni di parentela fino al secondo grado con persone che rientrino nei casi previsti nei punti precedenti;
- ☐ di non trovarsi in una situazione di cointeressenza diretta o indiretta di tipo economico con Aziende del settore. (La cointeressenza diretta è propria del proprietario o socio di azienda; la cointeressenza indiretta è quella il cui coniuge, o parente entro il 2° grado di parentela sia proprietario o socio di un'azienda);
- ☐ di non avere partecipazioni azionarie e/o altri interessi finanziari con società produttrici ovvero con chi commercializza beni sanitari e/o farmaceutici e/o dispositivi medici, neanche attraverso parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente;
- ☐ di non avere e di non avere avuto negli ultimi tre anni rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati del settore dei dispositivi medici / ausili in qualunque modo retribuiti;
- ☐ di non trovarsi in qualsiasi altra situazione che possa determinare un conflitto di interessi con l'incarico assunto.



## DICHIARA LA SUSSISTENZA DEI SEGUENTI INTERESSI

**in riferimento alla mia persona ed al coniuge/ convivente, parenti e affini entro il 2° grado di parentela:**

*(barrare la voce di interesse)*

- ☐ di aver ricevuto negli ultimi 3 (tre) anni compensi da organizzazioni pubbliche o private aventi un potenziale interesse per:
  - ☐ consulenze, partecipazioni a comitati scientifici o similari *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ partecipazioni a relazioni, presentazioni scientifiche a congressi o partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ contratti o borse di studio o di ricerca *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
  - ☐ segnalo inoltre qui di seguito ogni altra situazione personale o familiare che a mio avviso rappresenta potenziale conflitto di interesse (come ad esempio: ruolo di sperimentatore principale nell'ambito di ricerche profit o appartenenza ad associazioni di pazienti che ricevono sovvenzioni da industrie farmaceutiche) *(indicare il soggetto che ha erogato il compenso):*
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_

## DICHIARA INOLTRE

- ☐ di impegnarsi a fornire la presente dichiarazione anche per le condizioni che dovessero realizzarsi successivamente all'attuale situazione.

Luogo e data, .....

In fede

\_\_\_\_\_

Alla  
Fondazione Provinciale della Comunità Comasca onlus  
Via Raimondi, 1  
22100 Como

# MODULO

## PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI RACCOLTA FONDI

L'Organizzazione che intende effettuare una richiesta di contributo a un fondo deve consegnare il seguente modulo compilato e sottoscritto dal legale rappresentante, unitamente allo Statuto.

## IMPORTO RICHIESTO

**Importo complessivo del progetto presentato alla Fondazione (inserire IVA solo in caso di non detraibilità): Euro \_\_\_\_\_** *(solo se maggiore del contributo)*

**Specificare sinteticamente le voci di costo del progetto:**

[illegible]



## INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE

**Denominazione** (per esteso ed eventuale acronimo) \_\_\_\_\_

**Anno di costituzione** \_\_\_\_\_ **Codice fiscale** \_\_\_\_\_ **Partita Iva** \_\_\_\_\_

**Sede operativa** (nel territorio della provincia):

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Sito Web \_\_\_\_\_

**Sede legale** (se diversa dalla sede operativa):

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Sito Web \_\_\_\_\_

**Dati per bonifici: (OBBLIGATORIO)**

Banca \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Ufficio postale di \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

**Forma giuridica:**

- ☐ associazione riconosciuta
- ☐ associazione non riconosciuta
- ☐ comitato
- ☐ consorzio
- ☐ cooperativa sociale di tipo A  
n. iscrizione registro .....
- ☐ cooperativa sociale di tipo B  
n. iscrizione registro .....
- ☐ cooperativa sociale mista  
n. iscrizione registro .....
- ☐ fondazione
- ☐ istituzione ed ente  
ecclesiastico/religioso
- ☐ altro

**Eventuale tipologia specifica:**

- ☐ organizzazione di  
volontariato iscritta al  
registro regionale
- ☐ associazione di promozione  
sociale iscritta al registro
- ☐ ONG
- ☐ mutue soccorso L. 3818/1886
- ☐ nessuna tipologia specifica

**Tipologia fiscale:**

- ☐ onlus
- ☐ ente non commerciale
- ☐ ente commerciale
- ☐ altro

**Legale rappresentante:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Sito Web \_\_\_\_\_

Qualifica nell'Organizzazione \_\_\_\_\_

**Referente per la richiesta di finanziamento** *(se diverso dal legale rappresentante):*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Sito Web \_\_\_\_\_  
Qualifica nell'Organizzazione \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI SUL PROGETTO

**Titolo del progetto** *(in grado di attirare l'attenzione dei potenziali donatori)*

\_\_\_\_\_

**Beneficiari principali del progetto:**

- ☐ minori
- ☐ giovani
- ☐ anziani
- ☐ famiglia
- ☐ malati
- ☐ tossicodipendenti
- ☐ disabili
- ☐ immigrati
- ☐ l'intera comunità
- ☐ altri

**Territorio principalmente coinvolto:**

- ☐ intera provincia di Como
- ☐ circondario del :
  - ☐ Comasco
  - ☐ Canturino
  - ☐ Erbese
  - ☐ Lago
  - ☐ Olgiatese
  - ☐ Lomazzo

**In totale, quanti si prevede che saranno i beneficiari del progetto?**

\_\_\_\_\_

**Tipologia dell'attività:**

- ☐ formazione e addestramento
- ☐ erogazione di servizi
- ☐ acquisto, costruzione, ristrutturazione, manutenzione straordinaria
- ☐ acquisto di beni e attrezzature durevoli
- ☐ manifestazioni, eventi pubblici
- ☐ studi
- ☐ altro \_\_\_\_\_

**Descrizione del progetto**, *(attenersi al numero delle righe, per approfondimenti fare un allegato)*  
esplicitando:

- descrizione del bisogno e motivazioni da cui trae origine il progetto;
- obiettivi specifici del progetto;
- modalità di realizzazione.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA DOCUMENTAZIONE

L'Organizzazione \_\_\_\_\_

in persona del suo legale rappresentante \_\_\_\_\_

### CHIEDE

alla Fondazione Provinciale della Comunità Comasca onlus di poter attivare una campagna di raccolta fondi a sostegno del progetto descritto nel presente modulo e relativa documentazione.

### DICHIARA

di accettare che la Fondazione tratterà, per le proprie spese generali ed amministrative, il 2% della somme donate.

### DICHIARA che:

- ☐ non esistono potenziali situazioni di conflitto di interessi con esponenti della Fondazione;
- ☐ esistono potenziali situazioni di conflitto di interessi con esponenti della Fondazione (in tal caso specificarne la natura) \_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA

fin da ora, in caso di concessione del contributo, a:

- a rendicontare l'iniziativa presentando documentazione fiscalmente valida;
- autorizzare l'effettuazione di controlli da parte della Fondazione, volti a garantire la regolare attuazione delle iniziative sovvenzionate ed il corretto impiego dei contributi concessi;
- a comunicare tempestivamente alla Fondazione eventuali cambiamenti di forma giuridica, tramite posta elettronica certificata.

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità che quanto affermato nella documentazione fornita corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante (ed eventuale timbro)

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs N. 196/2003 all'art. 14 del GDPR 679/2016, e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e artt. 15 e 17 del GDPR 679/2016, disponibile integralmente al seguente indirizzo ([https://www.fondazione-comasca.it/wp-content/uploads/2022/01/PRIVACY\\_BENEFICIARI.pdf](https://www.fondazione-comasca.it/wp-content/uploads/2022/01/PRIVACY_BENEFICIARI.pdf)), esprime il consenso al trattamento dei dati personali forniti in relazione alla presente richiesta di contributo, compreso il trattamento degli eventuali dati sensibili e giudiziari, per le finalità indicate nell'informativa stessa e nei limiti ivi riportati.

Data \_\_\_\_\_ Firma del legale rappresentante \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE ex Art. 28 del DPR n. 600/73

Fondazione Provinciale  
della Comunità Comasca Onlus  
Via Raimondi, 1  
22100 Como

Ente			
Attività esercitata			
Domicilio fiscale			
Codice Fiscale		Partita Iva	

In relazione all'erogazione del contributo della Fondazione Provinciale della Comunità Comasca Onlus, VISTO l'art. 28 del D.P.R. 29/09/73, n. 600

Il sottoscritto

Cognome		Nome	
---------	--	------	--

nella sua qualità di (Presidente / Legale rappresentante)

--

dell'Ente sopra indicato

### DICHIARA

che ai fini dell'applicazione della ritenuta del 4% prevista dal secondo comma dell'art. 28 del D.P.R. n. 600 del 29/09/1973 il contributo richiesto è da considerarsi come segue:

**a) Società commerciali, enti commerciali (ivi comprese associazioni, fondazioni ed enti svolgenti in prevalenza attività d'impresa), persona fisica imprenditore, soggetti esercitanti attività d'impresa (ivi comprese cooperative e cooperative sociali)**

- ☐ da assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto *contributo in conto esercizio*
- ☐ da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto *contributo in conto impianti*, riferito a beni da ammortizzare
- ☐ da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, per le disposizioni normative esposte di seguito:

\_\_\_\_\_

**b) Enti non commerciali**

- ☐ contributo in conto esercizio:
  - ☐ da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto il beneficiario si qualifica come:
    - ☐ Associazione di volontariato iscritta nei registri di cui alla L. 266/1991
    - ☐ Altro (specificare esattamente le caratteristiche soggettive da cui deriva l'esenzione)  
\_\_\_\_\_
  - ☐ da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto il contributo verrà impiegato nell'ambito di attività istituzionali
  - ☐ da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, per le disposizioni normative esposte di seguito  
\_\_\_\_\_
  - ☐ da assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto il contributo verrà impiegato nell'ambito di attività commerciale
- ☐ contributo in conto impianti:
  - ☐ da NON assoggettare alla ritenuta del 4%

**DICHIARA INOLTRE**

che l'Ente sopra indicato:

- ☐ NON DETRAE L'IVA. Tale imposta perciò è una voce di costo.
- ☐ DETRAE L'IVA. Tale imposta perciò non è una voce di costo.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma leggibile del legale rappresentante



Spett.le  
ASST Lariana  
SEDE

**COMUNICAZIONE PREVENTIVA PER LO SVOLGIMENTO DI INCARICHI  
EXTRAISTITUZIONALI  
(art.53 DLgs n.165/2001)**

(La presente modulistica, **compilata in ogni sua parte**, va consegnata all'UO Gestione Risorse Umane **non meno di 30 giorni prima** dell'inizio dell'incarico, già corredata del parere obbligatorio del Direttore competente)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, recapito  
telefonico \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_,  
matricola n. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_ con  
rapporto di lavoro:

- ☐ a tempo pieno
- ☐ a tempo parziale al \_\_\_\_\_%
- ☐ esclusivo (solo per i Dirigenti Medici e del ruolo sanitario)
- ☐ non esclusivo (solo per i Dirigenti Medici e del ruolo sanitario)

**COMUNICA**

Il conferimento dell'incarico extraistituzionale a titolo gratuito di seguito specificato:

- 1) Oggetto (specificare con precisione l'attività che si intende svolgere):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2) Soggetto conferente (dati del soggetto pubblico o privato che intende conferire l'incarico):

Denominazione: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o partita IVA: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

- 3) Presenza di Ente/i finanziatore/i: ☐ NO ☐ SI

In caso di presenza di Enti finanziatori (Sponsor) indicarne di seguito la denominazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 4) Modalità e sede di svolgimento (indicare l'entità dell'impegno espresso puntualmente in giorni ed ore):

Data di inizio \_\_\_\_\_ data di fine \_\_\_\_\_

Ore dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Luogo di svolgimento dell'incarico \_\_\_\_\_

5) Importo, anche presunto, del compenso previsto: \_\_\_\_\_

Rimborso spese:    ☐ NO    ☐ SI

In caso di rimborso spese indicare di seguito causale del rimborso ed ammontare del rimborso anche stimato:

---

---

---

---

N.B.: allegare nota di conferimento incarico, locandina e programma dell'iniziativa, fotocopia carta di identità.

## NOTA SINTETICA IN MATERIA DI CONFLITTO D'INTERESSI

N.B.: L'informativa Aziendale in materia di conflitto d'interessi nella versione completa è consultabile nell'intranet aziendale, nella sezione Risorse Umane.

**Conflitto d'interessi** → può essere descritto come una situazione, condizione, o insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari dell'amministrazione – costituiti anche dal corretto adempimento dei doveri e compiti istituzionali finalizzati al perseguimento del bene pubblico – possano essere compromessi da interessi secondari, privati o comunque particolari.

Succintamente si richiama:

- l'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013: *“Obbligo di astensione 1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.”*
- *Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale* del 20/09/2016 emanate da ANAC che individuano all'art. 6 cinque tipologie di conflitto di interessi:
  - 1) **attuale**, ovvero presente al momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
  - 2) **potenziale**, ovvero che potrà diventare attuale in un momento successivo;
  - 3) **apparente**, ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale;
  - 4) **diretto**, ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
  - 5) **indiretto**, ovvero che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.

A titolo meramente esemplificativo ed al fine di agevolare il dipendente nel procedimento di auto valutazione circa la sussistenza di un conflitto di interessi, anche potenziale, di seguito vengono riportate le alcune domande che il dipendente dovrebbe porsi per l'autovalutazione e che sono individuate nelle *Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale* del 20/09/2016 emanate da ANAC, ovvero:

- Il regalo, l'attività proposta, o la relazione ha qualche afferenza con l'attività del mio ente?
- Il regalo, l'attività proposta, o la relazione interferisce con il mio ruolo, orario di lavoro e risorse dell'ente?
- Ho un interesse personale che confligge o può essere percepito in conflitto con il mio dovere pubblico?
- Potrebbero esserci vantaggi per me ora o nel futuro che rischiano di mettere in dubbio la mia obiettività?
- Come sarà visto all'esterno il mio coinvolgimento nella decisione o azione?
- Come potrebbe essere percepito il mio coinvolgimento nell'attività dell'associazione X?
- Esistono rischi per la reputazione mia o per la mia organizzazione?
- Quali sono le possibili conseguenze per me e per il mio ente se ignoro il conflitto di interessi?

Si ricorda che lo svolgimento degli incarichi oggetto del presente modulo è inconciliabile con concomitanti assenze dal servizio a titolo di infortunio, malattia, aggiornamento facoltativo e obbligatorio, gravidanza a rischio o astensione obbligatoria per maternità e con qualsiasi altro permesso retribuito comunque denominato.

Presa visione del Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali e **consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace come stabilito dall'art.76 del DPR n.445/2000**

dichiara:

- la veridicità dei dati sopra forniti;
- che non sussistono cause di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, o situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, allo svolgimento dell'incarico;
- di aver letto, compreso ed accettato l'Informativa aziendale in materia di conflitto d'interessi;
- che l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzazione di beni, mezzi ed attrezzature dell'ASST Lariana;
- che in ogni caso saranno assicurate prioritariamente tutte le attività d'istituto anche di carattere eccezionale e straordinario, senza che l'incarico possa influire su tali attività;
- di essere consapevole di non poter svolgere il predetto incarico senza avere acquisito la relativa formale e preventiva autorizzazione;
- di attenersi puntualmente ai regolamenti aziendali che disciplinano l'approvvigionamento di beni e servizi ed ai principi ed alle disposizioni che regolano il rapporto medico paziente;
- di astenersi dall'assumere decisioni o dal contribuire ad assumere decisioni che coinvolgano l'Ente finanziatore del succitato evento;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire rispetto a quanto comunicato/dichiarato con la presente richiesta;
- di impegnarsi a compilare e consegnare all'UO Gestione Risorse Umane il modulo relativo all'attestazione di avvenuto pagamento diretto.

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

## PARTE RISERVATA AL DIRETTORE COMPETENTE

*N.B.: il parere obbligatorio deve essere reso dal Direttore/Responsabile della U.O. di appartenenza del dipendente; nel caso di incarico da conferire ad un Direttore di Struttura Complessa, il parere è reso dal Direttore di Dipartimento di afferenza della struttura; nel caso di incarico da conferire ad un Direttore di Dipartimento, il parere è reso dal Direttore Sanitario/Amministrativo/Sociosanitario per le aree di afferenza.*

Accertato che l'incarico non interferisce con il regolare svolgimento dei compiti istituzionali e che non presenta profili di incompatibilità, si esprime parere favorevole.

Il Responsabile \_\_\_\_\_

(timbro e firma del Direttore competente)





Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

Spett.le  
ASST Lariana  
SEDE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI  
EXTRAISTITUZIONALI  
(art.53 DLgs n.165/2001)**

(La presente modulistica, **compilata in ogni sua parte**, va consegnata all'UO Gestione Risorse Umane **non meno di 30 giorni prima** dell'inizio dell'incarico, già corredata del parere obbligatorio del Direttore competente)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, recapito  
telefonico \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_,  
matricola n. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_ con  
rapporto di lavoro:

- ☐ a tempo pieno
- ☐ a tempo parziale al \_\_\_\_\_%
- ☐ esclusivo (solo per i Dirigenti Medici e del ruolo sanitario)
- ☐ non esclusivo (solo per i Dirigenti Medici e del ruolo sanitario)

CHIEDE

l'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico extraistituzionale di seguito specificato:

- 1) Oggetto (specificare con precisione l'attività che si intende svolgere):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2) Soggetto conferente (dati del soggetto pubblico o privato che intende conferire l'incarico):

Denominazione: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o partita IVA: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

- 3) Presenza di Ente/i finanziatore/i: ☐ NO ☐ SI

In caso di presenza di Enti finanziatori (Sponsor) indicarne di seguito la denominazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 4) Modalità e sede di svolgimento (indicare l'entità dell'impegno espresso puntualmente in giorni ed ore):

Data di inizio \_\_\_\_\_ data di fine \_\_\_\_\_

Ore dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Luogo di svolgimento dell'incarico \_\_\_\_\_

5) Importo, anche presunto, del compenso previsto: \_\_\_\_\_

Rimborso spese:    ☐ NO    ☐ SI

In caso di rimborso spese indicare di seguito causale del rimborso ed ammontare del rimborso anche stimato:

---

---

---

---

N.B.: allegare nota di conferimento incarico, locandina e programma dell'iniziativa, fotocopia carta di identità.

## NOTA SINTETICA IN MATERIA DI CONFLITTO D'INTERESSI

N.B.: L'informativa Aziendale in materia di conflitto d'interessi nella versione completa è consultabile nell'intranet aziendale, nella sezione Risorse Umane.

**Conflitto d'interessi** → può essere descritto come una situazione, condizione, o insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari dell'amministrazione – costituiti anche dal corretto adempimento dei doveri e compiti istituzionali finalizzati al perseguimento del bene pubblico – possano essere compromessi da interessi secondari, privati o comunque particolari.

Succintamente si richiama:

- l'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013: *“Obbligo di astensione 1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.”*
- *Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale* del 20/09/2016 emanate da ANAC che individuano all'art. 6 cinque tipologie di conflitto di interessi:
  - 1) **attuale**, ovvero presente al momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
  - 2) **potenziale**, ovvero che potrà diventare attuale in un momento successivo;
  - 3) **apparente**, ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale;
  - 4) **diretto**, ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
  - 5) **indiretto**, ovvero che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.

A titolo meramente esemplificativo ed al fine di agevolare il dipendente nel procedimento di auto valutazione circa la sussistenza di un conflitto di interessi, anche potenziale, di seguito vengono riportate le alcune domande che il dipendente dovrebbe porsi per l'autovalutazione e che sono individuate nelle *Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale* del 20/09/2016 emanate da ANAC, ovvero:

- Il regalo, l'attività proposta, o la relazione ha qualche afferenza con l'attività del mio ente?
- Il regalo, l'attività proposta, o la relazione interferisce con il mio ruolo, orario di lavoro e risorse dell'ente?
- Ho un interesse personale che confligge o può essere percepito in conflitto con il mio dovere pubblico?
- Potrebbero esserci vantaggi per me ora o nel futuro che rischiano di mettere in dubbio la mia obiettività?
- Come sarà visto all'esterno il mio coinvolgimento nella decisione o azione?
- Come potrebbe essere percepito il mio coinvolgimento nell'attività dell'associazione X?
- Esistono rischi per la reputazione mia o per la mia organizzazione?
- Quali sono le possibili conseguenze per me e per il mio ente se ignoro il conflitto di interessi?

Si ricorda che lo svolgimento degli incarichi oggetto del presente modulo è inconciliabile con concomitanti assenze dal servizio a titolo di infortunio, malattia, aggiornamento facoltativo e obbligatorio, gravidanza a rischio o astensione obbligatoria per maternità e con qualsiasi altro permesso retribuito comunque denominato.

Presa visione del Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali e **consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace come stabilito dall'art.76 del DPR n.445/2000**

dichiara:

- la veridicità dei dati sopra forniti;
- che non sussistono cause di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, o situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, allo svolgimento dell'incarico;
- di aver letto, compreso ed accettato l'Informativa aziendale in materia di conflitto d'interessi;
- che l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzazione di beni, mezzi ed attrezzature dell'ASST Lariana;
- che in ogni caso saranno assicurate prioritariamente tutte le attività d'istituto anche di carattere eccezionale e straordinario, senza che l'incarico possa influire su tali attività;
- di essere consapevole di non poter svolgere il predetto incarico senza avere acquisito la relativa formale e preventiva autorizzazione;
- di attenersi puntualmente ai regolamenti aziendali che disciplinano l'approvvigionamento di beni e servizi ed ai principi ed alle disposizioni che regolano il rapporto medico paziente;
- di astenersi dall'assumere decisioni o dal contribuire ad assumere decisioni che coinvolgano l'Ente finanziatore del succitato evento;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire rispetto a quanto comunicato/dichiarato con la presente richiesta;
- di impegnarsi a compilare e consegnare all'UO Gestione Risorse Umane il modulo relativo all'attestazione di avvenuto pagamento diretto.

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

## PARTE RISERVATA AL DIRETTORE COMPETENTE

*N.B.: il parere obbligatorio deve essere reso dal Direttore/Responsabile della U.O. di appartenenza del dipendente; nel caso di incarico da conferire ad un Direttore di Struttura Complessa, il parere è reso dal Direttore di Dipartimento di afferenza della struttura; nel caso di incarico da conferire ad un Direttore di Dipartimento, il parere è reso dal Direttore Sanitario/Amministrativo/Sociosanitario per le aree di afferenza.*

Accertato che l'incarico non interferisce con il regolare svolgimento dei compiti istituzionali e che non presenta profili di incompatibilità, si esprime parere favorevole.

Il Responsabile \_\_\_\_\_

(timbro e firma del Direttore competente)



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

Spett.le  
ASST Lariana  
SEDE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI RETRIBUITI  
DI CUI ART. 3 QUATER DELLA L.165/2021 E S.M. E I.  
- esclusivo per operatori delle professioni sanitarie del comparto sanità -**

(La presente modulistica, **compilata in ogni sua parte**, va consegnata alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane **non meno di 30 giorni**  
**prima** dell'inizio dell'incarico, già corredata del parere obbligatorio del Direttore competente)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, recapito  
telefonico \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_,  
matricola n. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_ con rapporto  
di lavoro:

- ☐ a tempo pieno
- ☐ a tempo parziale al \_\_\_\_\_ %

CHIEDE

ai sensi dell'art. 3-quater, comma 1, della legge n. 165/2021 e s.m. e i., l'autorizzazione allo svolgimento della libera professione quale incarico extraistituzionale, al di fuori dell'orario di lavoro e nei limiti stabiliti dalla predetta normativa:

1) Oggetto (specificare con precisione l'attività che si intende svolgere):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Soggetto conferente (pubblico o privato) se identificabile oppure indicare l'apertura della propria P.IVA:

Denominazione: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o partita IVA: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

3) Presenza di Ente/i finanziatore/i: ☐ NO ☐ SI

In caso di presenza di Enti finanziatori (Sponsor) indicarne di seguito la denominazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Modalità e sede di svolgimento (indicare l'entità dell'impegno espresso puntualmente in giorni ed ore):

Data di inizio \_\_\_\_\_ data di fine \_\_\_\_\_

Ore dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Luogo di svolgimento dell'incarico \_\_\_\_\_

5) Importo, anche presunto, del compenso previsto: \_\_\_\_\_

Rimborso spese:    ☐ NO    ☐ SI

In caso di rimborso spese indicare di seguito causale del rimborso ed ammontare del rimborso anche stimato:

---

---

---

Il sottoscritto consapevole **delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace come stabilito dall'art.76 del DPR n.445/2000**

#### DICHIARA

- la veridicità dei dati sopra forniti;
- di avere preso visione e piena conoscenza dell'art.3-quater, comma 1, del DL n. 127/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 165/2021 e s.m. e i.;
- di avere piena conoscenza delle disposizioni in materia di orario di lavoro di cui al D.lgs. 66/2003;
- che nell'ambito dello svolgimento dell'attività di cui alla presente richiesta di autorizzazione, il rispetto della succitata normativa in materia di orario di lavoro verrà dal sottoscritto documentato tramite la produzione , con scadenza bimestrale da presentare nel corso dell'attività, di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, comprovante il rispetto dell'impegno assunto;
- che l'attività viene svolta al di fuori dell'orario di lavoro, in orari che consentano di fruire del periodo di riposo giornaliero di 11 ore decorrenti dal termine dell'attività autorizzata e del riposo settimanale per il recupero psico-fisico, senza l'utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda e che non contrasta con il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti di ufficio (attività istituzionale);
- di avere aderito all'esercizio di attività aggiuntiva per l'abbattimento delle liste di attesa per l'anno in corso e di rendersi disponibile in via preventiva a tale attività;
- di impegnarsi a richiedere al Committente l'invio dell'attestazione dei compensi percepiti entro 15 giorni dall'erogazione del compenso stesso;
- che non sussistono cause di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, o situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, allo svolgimento dell'incarico;
- di aver letto, compreso ed accettato l'Informativa aziendale in materia di conflitto d'interessi;
- di essere consapevole di non poter svolgere il predetto incarico senza avere acquisito la relativa formale e preventiva autorizzazione;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire rispetto a quanto comunicato/dichiarato con la presente richiesta.

N.B.: allegare note di conferimento incarico (se presenti) e fotocopia carta di identità.

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

**Si ricorda che lo svolgimento degli incarichi oggetto del presente modulo è inconciliabile con concomitanti assenze dal servizio a titolo di infortunio, malattia, aggiornamento facoltativo e obbligatorio, gravidanza a rischio o astensione obbligatoria per maternità e con qualsiasi altro permesso retribuito comunque denominato.**

**PARTE RISERVATA AL DIRETTORE/DIRIGENTE D.A.P.S.S. COMPETENTE**

Il direttore/dirigente responsabile, vista la dichiarazione dell'interessato e la documentazione allegata

esprime

☐ PARERE FAVOREVOLE

e dichiara

- ☐ che l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste d'attesa, nel rispetto della disciplina nazionale di recupero delle liste d'attesa anche conseguenti all'emergenza pandemica, non verrà pregiudicato dall'attività oggetto della domanda;
- ☐ che lo svolgimento dell'attività istituzionale non verrà pregiudicato dall'attività oggetto della domanda;
- ☐ di riservarsi di modificare il predetto parere espresso, qualora dai controlli disposti dall'Azienda sulla veridicità delle dichiarazioni dell'interessato emergano evidenze diverse da quelle dichiarate.

ovvero esprime

☐ PARERE NON FAVOREVOLE per la seguente motivazione:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

(luogo e data)

Il Responsabile \_\_\_\_\_

(timbro e firma del Direttore competente)

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

con riferimento alla nomina di componente della Commissione esaminatrice del **concorso/avviso pubblico**  
**XXXX** consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 nel caso di false  
dichiarazioni, sotto la mia responsabilità

**DICHIARO**

- ☐ di essere a tutt'oggi dipendente dell'Azienda \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ di non essere stato condannato, neppure con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, ex art. 35-bis, del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. recante disposizioni di "prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici";
- ☐ di avere subito le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ che non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi degli articoli 51 e 52 del codice di procedura civile con i candidati iscritti alla presente procedura;
- ☐ che sussiste la seguente situazione di incompatibilità \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ che non sussiste alcuna situazione di conflitto di interessi con i candidati iscritti alla presente procedura in merito a pregressi rapporti di collaborazione continuativa in ambito universitario o di ricerca scientifica, atti a determinare una situazione di incompatibilità;
- ☐ che, allo stato attuale, non sussiste alcuna causa che possa configurare, in capo al dichiarante una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, tra l'incarico di commissario in rapporto ai candidati iscritti alla presente procedura con impegno a dichiararne la sussistenza, qualora una delle predette cause dovesse sopravvenire successivamente all'assunzione dell'incarico medesimo ai sensi ex art. 6 bis l. 241/1990;
- ☐ che sussiste la seguente situazione di conflitto di interessi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐ di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste nei Capi V e VI del D.lgs. n. 39/2013;
- ☐ di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- ☐ di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità di incarichi dirigenziali, e assimilati, descritte analiticamente nei Capi II, III, e IV del D.lgs. n. 39/2013;
- ☐ di trovarsi nella seguente situazione di inconferibilità di incarichi dirigenziali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- ☐ di non ricoprire cariche politiche e di non essere rappresentante sindacale ex art. 35 del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i..
- ☐ di ricoprire la seguente carica politica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ di essere rappresentante sindacale ex art. 35 del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i..

Letto, confermato e sottoscritto.

Data xx/xx/xxx

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445, IN QUANTO ALLEGATO CHE FORMA PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DI ISTANZA DIRETTA AGLI ORGANI DELLA AMMINISTRAZIONE PUBBLICA O AI GESTORI O ESERCENTI DI PUBBLICI SERVIZI

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_



ALLEGATO N. 2: SCHEMA OFFERTA DI SPONSORIZZAZIONE PER EVENTO FORMATIVO  
SU CARTA INTESTATA SOCIETA'

Spett.le. ASST LARIANA

Via Napoleona, 60

22100 COMO

[protocollo@pec.asst-lariana.it](mailto:protocollo@pec.asst-lariana.it)

[formazione@pec.asst-lariana.it](mailto:formazione@pec.asst-lariana.it)

**OGGETTO: OFFERTA DI SPONSORIZZAZIONE PER EVENTO FORMATIVO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante (o delegato munito di poteri necessari come da formale procura o delega allegata alla presente domanda) della Società \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ e partita IVA n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Sito internet \_\_\_\_\_

**manifesta il proprio interesse a sponsorizzare**

l'evento formativo previsto nell'avviso pubblico per la ricerca di soggetti disponibili alla sponsorizzazione di iniziative formative emesso da ASST Lariana:

dal titolo \_\_\_\_\_

che si svolgerà il \_\_\_\_\_

che per tale evento formativo dal titolo "XXXXXXXXXXXXX", viene stimato il contributo:

- in denaro pari a €xxxxx, destinabile per le seguenti voci di dettaglio:

Le seguenti voci indicano le possibili destinazioni del contributo in denaro, che saranno dettagliate nel contratto

Organizzazione coffee break

Organizzazione lunch

Rimborso spese docente/relatore

Tutoraggio d'aula

Contributo Tecnico Informatico in aula

Spese di pulizia aule didattiche

Segreteria organizzativa ed accreditamento ECM

- in beni o servizi offerti pari ad euro XXX..... e consistenti in:

- Xxx
- Yyy

Proposta migliorativa: \_\_\_\_\_

*A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole della decadenza dei benefici conseguenti ad un'eventuale aggiudicazione avvenuta sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità*

#### DICHIARA

- 1) *di avere preso visione del Regolamento Aziendale per la sponsorizzazione di eventi formativi a carattere collettivo, dell'avviso e del modello di contratto pubblicati sul sito web dell'ASST Lariana e di accettarne le condizioni ivi riportate;*
- 2) *che non sussistono a carico dello sponsor i motivi di esclusione previsti dagli articoli nn. 94, 95, 96, 97, 98 del D.Lgs. n. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici);*
- 3) *che non sussistono situazioni di conflitto d'interesse tra la propria attività e i fini istituzionali.*

#### IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

- *di adempiere a tutto quanto necessario per la formalizzazione della sponsorizzazione assumendosene ogni responsabilità;*
- *di impegnarsi a corrispondere e garantire quanto previsto nell'offerta;*
- *di non influenzare in alcun modo i contenuti didattici dell'evento formativo oggetto della sponsorizzazione;*
- *di fornire e consentire la pubblicizzazione e la divulgazione del logo dello sponsor;*
- *di non appartenere ad organizzazioni di natura politica, sindacale, filosofica o religiosa;*
- *che i servizi erogati dallo sponsor e le relative attività di produzione e commercio non si svolgono nei settori delle armi, alcool, pornografia e tabacchi e che in tali settori lo sponsor non ha alcuna partecipazione finanziaria;*
- *di essere consapevole dei casi di esclusione e delle cause di risoluzione del contratto;*

#### Il Referente operativo per lo sponsor per questa proposta è:

cognome e nome \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

*(allegare copia documento di identità e dichiarazione assenza conflitto di interessi)*

Il Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Il modulo dovrà essere siglato su ogni pagina. Allegare copia di documento di identità del sottoscrittore e modulo assenza conflitto di interessi debitamente compilato. Nel caso la proposta sia fatta da una persona giuridica, il Legale Rappresentante deve presentare l'autocertificazione riferita a se stesso e a tutti gli altri soggetti muniti del potere di rappresentanza informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati alla ASST Lariana, saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali del rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea. Il trattamento dei dati personali è la ASST Lariana. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,20 e 21 del Regolamento UE 679/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

-----

SPAZIO RISERVATO AD ASST LARIANA

**SINTESI del PARERE**

A seguito dell'incontro collegiale effettuato in data ..... si esprime il seguente parere

- ☐ FAVOREVOLE
- ☐ NON FAVOREVOLE

Come da verbale allegato

*In rappresentanza dell'organo collegiale di valutazione dell'offerta:*

Il responsabile della SS Formazione e Valutazione del Personale:

Il responsabile Scientifico dell'evento:

DATA.....



**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA COMPATIBILITA' CON L'INCARICO DI  
COMPONENTE DI COMMISSIONE VALUTAZIONE SPONSORIZZAZIONI EVENTI  
FORMATIVI A CARATTERE COLLETTIVO**

(resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a            il

Residente in        Via

Matricola n.   servizio presso ..... dell'ASST Lariana P.O. ....

Recapito telefonico

servizio di

**in qualità di componente della commissione per la valutazione delle offerte di sponsorizzazione eventi  
formativi**

**Oggetto:** Avviso manifestazione di interesse per la ricerca di sponsor per il corso "Corso teorico pratico Train the Trainer" Introduzione alla simulazione delle emergenze ostetriche che si terrà a San Fermo della Battaglia Aule Formazione, nei giorni 23 e 24 novembre 2023;

Bando emesso ai sensi della normativa vigente e del regolamento per la sponsorizzazione di attività formative a carattere collettivo di ASST Lariana approvato con Deliberazione n. 979 del 7 settembre 2023.

**DITTE OFFERENTI:**

1. AMES GROUP – Centro Polidiagnostico Strumentale s.r.l. – Via Mazzini n.3 /A Cernusco sul Naviglio
2. VEGA SRL – Via IV Novembre, 92 – Bollate
3. METAGENICS ITALIA SRL – Via Melchiorre Gioia, 8 – Milano
4. LO.LI PHARMA SRL – Via Sabatino Gianni, 14 – Roma

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

**DICHIARA**

**ai sensi e per gli effetti dall'art. 77, commi 4, 5, 6 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, dell'art. 35 bis del d.lgs. del 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii., dell'art. 6 bis della Legge n. 241/90, del DPR 16.4.2013 n. 62 e del Codice di Comportamento dei Dipendenti**



- di **non aver** svolto né di svolgere alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta;
- di **non aver** rivestito nel biennio precedente cariche di pubblico amministratore presso questa Amministrazione;
- di **non aver** concorso in qualità di membro di Commissioni Giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi;
- di **non incorrere** nelle cause di astensione previste dall'art. 51 codice di procedura civile;
- di **non incorrere** nel divieto di cui all'art. 35 bis del d.lgs. del 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii., ossia: di **non essere** stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la Pubblica Amministrazione);
- l'**assenza** di situazioni, anche potenziali<sup>1</sup>, di conflitto di interessi rispetto all'oggetto della procedura di gara ed i concorrenti che hanno sottomesso la loro offerta (in particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 );
- di **impegnarsi** a comunicare le eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere durante l'esecuzione dell'incarico in premessa citato.

Il sottoscritto dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 679/2016/UE che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

In fede,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Identificato per conoscenza personale

Data e firma segretaria \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si precisa che la presente dichiarazione attiene alle concrete situazioni elencate nel D.P.R. 16.4.2013 n. 62 e recepite dal Codice di Comportamento dei Dipendenti e che il medesimo conflitto si intende chiaramente riferito anche alle situazioni di mera potenzialità.



## Formazione e Valutazione del Personale

Segreteria 031.585.8933 - Fax 031.585.9858

formazione@asst-lariana.it

### AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

☐ di partecipare all'evento .....  
con sponsorizzazione (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto)

☐ di partecipare in qualità di relatore con incarico non retribuito e solo rimborso spese all'evento  
.....

#### DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 della L. 25.11.2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di conflitto di interessi:

☐ di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;

☐ che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;

☐ di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda ASST Lariana e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;

☐ di non aver usufruito per più di 2 volte nell'arco dell'anno in corso del contributo per il rimborso spese per partecipazione a eventi formativi esterni dallo stesso sponsor.

In fede \* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il discente/relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o compartecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il discente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di discente/relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N.

Tra lo sponsor e il partecipante non devono esistere rapporti finanziari quali consulenza, possesso di azioni (possesso di pacchetti azionari che diano diritto a partecipare all'amministrazione della Società), onorari (attività pagate regolarmente o impegni recanti un reciproco vantaggio), perizie retribuite, licenze personali o familiari, tali da generare un potenziale conflitto d'interesse che possa pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente partecipante.

\* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**Formazione e Valutazione del Personale**

Segreteria 031.585.8933 - Fax 031.585.9858

formazione@asst-lariana.it

**DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSI**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(Responsabile Scientifico/docente/relatore/formatore/esperto di contenuto/ tutor/moderatore)

all'evento \_\_\_\_\_ ID. n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 del DL 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla L. 24 novembre 2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di assenza di conflitto di interessi:

- ☐ di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa
- ☐ se si specificare: \_\_\_\_\_

- ☐ di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda/Agenzia/Istituto e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;

**DICHIARA INOLTRE**

(ai sensi dell'art. 76 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017)

- ☐ che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti di natura finanziaria e lavorativa con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario;

- ☐ che nell'ultimo biennio ha avuto i seguenti rapporti di natura finanziaria e lavorativa con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ In fede \* \_\_\_\_\_

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o partecipante di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente /relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.

\* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

## SC Sistemi Informativi Aziendali

### **DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI DEL TITOLARE EFFETTIVO/RAPPRESENTANTE LEGALE NELL'ATTUAZIONE DEI PROGETTI NELL'AMBITO DEGLI INTERVENTI A VALERE SUL PNRR**

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, in qualità di  
\_\_\_\_\_ (es. titolare effettivo, rappresentante legale, procuratore, etc.)  
dell'impresa/ente \_\_\_\_\_, P.IVA/C.F. \_\_\_\_\_, con sede in  
\_\_\_\_\_, individuata/o quale Soggetto realizzatore impegnato nell'esecuzione del progetto  
\_\_\_\_\_ della Missione 6 Componente 1/2 del Piano  
Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Investimento/Sub-Investimento \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. medesimo,

1) ai sensi e per gli effetti della normativa nazionale ed europea in tema di antiriciclaggio (cfr. d.lgs. n. 231/2007 ss.mm. e Direttiva EU 2015/849 ss.mm.);

- a. di essere l'unico titolare effettivo della società/impresa sopra indicata;
- b. ovvero, alternativamente che non esiste un titolare effettivo dell'impresa dal momento che  
(specificare la motivazione: impresa quotata, impresa ad azionariato diffuso, ecc.):  
\_\_\_\_\_;
- c. ovvero, alternativamente di essere titolare effettivo dell'impresa unitamente a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail/PEC \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) ai sensi dell'art. 1 comma 9 della legge n. 190/2012:

- a. di non avere rapporti di coniugio, unioni civili ai sensi della L. n. 76 del 2016, situazioni di convivenza, relazioni di parentela, affinità entro il II grado, con i dirigenti e i dipendenti dell'ASST Lariana coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe;
- b. ovvero, alternativamente di avere le seguenti relazioni di coniugio, unioni civili ai sensi della l. n. 76 del 2016, situazioni di convivenza, relazioni di parentela, affinità entro il II grado con i dirigenti e i dipendenti dell'ASST Lariana coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe: \_\_\_\_\_;
- c. di non avere avuto nel corso del precedente triennio e di non avere ancora in corso, né in prima persona né per il tramite di coniuge o convivente, propri parenti o affini entro il II grado, rapporti finanziari con i dirigenti o dipendenti dell'ASST Lariana coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe e con i quali il sottoscritto potrà venire in contatto in occasione delle attività connesse all'esecuzione del progetto citato in premessa;



- d. ovvero, alternativamente di avere avuto nel corso del precedente triennio e/o di avere ancora in corso, in prima persona o per il tramite di coniuge o convivente, propri parenti o affini entro il II grado, i seguenti rapporti finanziari con i dirigenti o dipendenti dell'ASST Lariana coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe e con i quali il sottoscritto potrà venire in contatto in occasione delle attività connesse all'esecuzione del progetto citato in premessa \_\_\_\_\_;
- e. che non esistono rapporti di coniugio, unioni civili ai sensi della L. n. 76 del 2016, situazioni di convivenza, relazioni di parentela, affinità entro il II grado, rapporti finanziari a vario titolo tra gli amministratori, i soci e i dipendenti dell'impresa/Ente di cui il sottoscritto è titolare effettivo, e i dirigenti e i dipendenti dell'ASST Lariana coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe;
- f. ovvero, alternativamente che esistono i seguenti rapporti di coniugio, unioni civili ai sensi della L. n. 76 del 2016, situazioni di convivenza, relazioni di parentela, affinità entro il II grado, rapporti finanziari a vario titolo tra gli amministratori, i soci e i dipendenti dell'impresa/Ente di cui il sottoscritto è titolare effettivo e i dirigenti e i dipendenti dell'ASST Lariana coinvolti nell'attuazione dell'intervento \_\_\_\_\_ indicato \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ epigrafe: \_\_\_\_\_;
- 3) di aver preso visione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) dell'ASST Lariana 2022-2024;
- 4) di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale;
- 5) di impegnarsi a mantenere riservati tutti i dati e le informazioni di cui in possesso in ragione delle attività svolte, a non divulgarli e a non farne un uso illecito;
- 6) di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva opportunamente aggiornata;
- 7) di prestare il proprio consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. lgs. 196/2003, come modificato dal D. lgs 101/2018, affinché i propri dati possano essere trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento e delle attività connesse all'attuazione del suddetto progetto con riferimento al quale viene resa la presente dichiarazione.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*(allegare copia di documento di identità in corso di validità qualora la dichiarazione non venga firmata digitalmente)*

## DICHIARAZIONE<sup>1</sup> SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI

*Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n. 445/2000*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
CF \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_<sup>2</sup>

nell'ambito della procedura di Gara/Provvedimento/Contratto/aggiudicato (testo oggetto atto).  
consapevole delle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, ai  
sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e per quanto gli è dato sapere alla data della  
presente dichiarazione

- ☐ che non sussistono situazioni di conflitto di interessi<sup>3</sup> tra il sottoscritto/a e i titolari effettivi degli operatori economici che partecipano alla procedura, in ragione di rapporti di natura lavorativa/professionale, personale e finanziaria come elencati nell'allegato alla presente dichiarazione, secondo le indicazioni dell'Appendice;
- ☐ che sussistono situazioni di conflitto di interesse tra il sottoscritto/a e i titolari effettivi degli operatori economici che partecipano alla procedura in ragione di rapporti di natura lavorativa/professionale, personale e finanziaria come elencati nell'allegato alla presente

<sup>1</sup> I dati inseriti nella dichiarazione saranno trattati ai sensi del D. Lgs 196/2003, e dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018:

- a) le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati raccolti ineriscono al procedimento in oggetto;
- b) il conferimento dei dati costituisce il presupposto necessario per la regolarità del rapporto contrattuale;
- c) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale interno all'Ente implicato nel procedimento, ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi del D.Lgs. n. 267/2000 e della L. n. 241/1990, gli organi dell'autorità giudiziaria;
- d) i diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui agli artt. 12 e seguenti del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018.

<sup>2</sup> Si tratta del Dirigente competente alla stipula del contratto e/o del Dirigente dell'unità organizzativa competente all'espletamento alla procedura di affidamento, di titolare degli organi di governo dell'amministrazione aggiudicatrice, laddove adottino atti di gestione nella singola procedura di gara; di soggetti, anche esterni all'amministrazione, che hanno avuto un ruolo significativo, tecnico o amministrativo, nella predisposizione degli atti di gara (Cfr Appendice "La prevenzione e il controllo del conflitto di interessi ex art. 22 Reg. (UE) 2021/241")

<sup>3</sup> Secondo la Comunicazione della Commissione Europea "Orientamenti sulla prevenzione e sulla gestione dei conflitti d'interessi a norma del regolamento finanziario" può esistere un conflitto d'interessi quando l'esercizio imparziale e obiettivo delle funzioni di un pubblico funzionario è compromesso da motivi familiari, affettivi, da affinità politica, da interesse economico o da qualsiasi altro interesse personale diretto o indiretto.

dichiarazione, secondo le indicazioni dell'Appendice *[specificare quali rapporti determinano il conflitto di interessi e per quale ragione]*;

- ☐ che non sussistono, per quanto a noto al/alla sottoscritto/a, situazioni di conflitto di interessi tra il coniuge, i parenti, gli affini entro il secondo grado o il convivente del sottoscritto/a e i titolari effettivi degli operatori economici che partecipano alla procedura, in ragione di rapporti di natura lavorativa/professionale, personale e finanziaria come elencati nell'allegato alla presente dichiarazione, secondo le indicazioni dell'Appendice;
- ☐ che sussistono, per quanto noto al/alla sottoscritto/a, situazioni di conflitto di interessi tra il coniuge, i parenti, gli affini entro il secondo grado o il convivente del sottoscritto/a e i titolari effettivi degli operatori economici che partecipano alla procedura in ragione di rapporti di natura lavorativa/professionale, personale e finanziaria come elencati nell'allegato alla presente dichiarazione, secondo le indicazioni dell'Appendice *[specificare quali rapporti determinano il conflitto di interessi e per quale ragione]*

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente, e comunque entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva della precedente.

Data e luogo

Firma

---

---

Si allega alla presente copia del documento di identità<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> La copia del documento non è richiesta se la dichiarazione è firmata digitalmente e nel caso in cui il dipendente ha protocollato direttamente il documento o se la protocollazione è avvenuta in presenza di un altro funzionario che lo ha riconosciuto.

**Allegato<sup>5</sup> alla dichiarazione sulle situazioni di conflitto di interessi, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

Al fine della dichiarazione sulle situazioni di conflitto di interesse si elencano di seguito i dati e le informazioni, per quanto a conoscenza, relative alle macro-aree in conformità a quanto indicato nel PNA 2022 e nell'Appendice tematica "La prevenzione e il controllo del conflitto di interessi ex art. 22 Reg. (UE) 2021/241".

<b>1. Attività lavorative e professionali pregresse</b>
Elencazione degli impieghi a tempo determinato/indeterminato, pieno o parziale, in qualsiasi qualifica o ruolo, anche di consulenza, retribuiti e/o a titolo gratuito, presso soggetti pubblici o privati che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico. Va precisato se gli impieghi sono svolti attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
Elencazione degli accordi di collaborazione scientifica, delle partecipazioni ad iniziative o a società e studi di professionisti, comunque denominati (ad es. incarichi di ricercatore, responsabile scientifico, collaboratore di progetti), condotti con soggetti privati riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico. Va precisato se si tratta di rapporti attuali ovvero relativi ai tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
Elencazione delle partecipazioni, a titolo oneroso e/o gratuito, ad organi collegiali (ad es. comitati, organi consultivi, commissioni o gruppi di lavoro) comunque denominati, che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico. Va precisato se le partecipazioni si hanno attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura
<b>2. Interessi finanziari</b>
Elencazione delle partecipazioni, con o senza incarico di amministrazione, a società di persone e/o di capitali, pubbliche o private, che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico. Va precisato se le partecipazioni sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
<b>3. Rapporti e relazioni personali</b>
Se, attualmente o nei tre anni precedenti la procedura di gara, il coniuge e i parenti affini almeno entro il secondo grado o il convivente del dichiarante posseggono e/o hanno posseduto

<sup>5</sup> I dati inseriti nella dichiarazione saranno trattati ai sensi del D. Lgs 196/2003, e dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018:

- e) le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati raccolti ineriscono al procedimento in oggetto;
- f) il conferimento dei dati costituisce il presupposto necessario per la regolarità del rapporto contrattuale;
- g) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale interno all'Ente implicato nel procedimento, ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi del D.Lgs. n. 267/2000 e della L. n. 241/1990, gli organi dell'autorità giudiziaria;
- h) i diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui agli artt. 12 e seguenti del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018.

partecipazioni, con o senza incarico, in società a capitale pubblico o privato che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico.

Se, attualmente o nei tre anni precedenti, la procedura di gara, il coniuge, i parenti e affini entro il secondo grado o il convivente del dichiarante rivestano o abbiano rivestito, a titolo gratuito o oneroso, cariche o incarichi nell'ambito di soggetti pubblici e privati che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico ovvero abbiano prestato per tali soggetti attività professionale, comunque denominata, a titolo gratuito o oneroso.

Se, attualmente o nei tre anni precedenti, la procedura, in prima persona, ovvero il coniuge, i parenti, e affini entro il secondo grado o il convivente del dichiarante abbiano un contenzioso giurisdizionale pendente o concluso, con il titolare effettivo dell'operatore economico o con persone fisiche o soggetti pubblici o privati, con o senza personalità giuridica, riconducibili al T.E.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente, e comunque entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, eventuali variazioni del contenuto del presente allegato alla dichiarazione.

Data e luogo

Firma

---

---

Si allega alla presente copia del documento di identità<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> La copia del documento non è richiesta se la dichiarazione è firmata digitalmente e nel caso in cui il dipendente ha protocollato direttamente il documento o se la protocollazione è avvenuta in presenza di un altro funzionario che lo ha riconosciuto.

## PROCEDURA DI SELEZIONE DEI PROGETTI E/O DEI SOGGETTI ATTUATORI

### DICHIARAZIONE<sup>1</sup> SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI DEL TITOLARE EFFETTIVO

*Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di  
documentazione amministrativa n. 445/2000*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
CF \_\_\_\_\_,  
in qualità di Titolare Effettivo (ex art. 22, par. 2, lett. d del Reg. (UE) 241/2021)  
dell'Ente/Organismo/Società \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_, consapevole  
delle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 D.P.R.  
445/2000, per quanto gli è dato sapere alla data della presente dichiarazione

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ☐ che non sussistono
- ☐ che sussistono (cfr. Tabella 1)

<sup>1</sup> I dati inseriti nella presente dichiarazione saranno trattati ai sensi del D. Lgs 196/2003, e dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018:

- le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati raccolti ineriscono al procedimento in oggetto;
- il conferimento dei dati costituisce il presupposto necessario per la regolarità del rapporto contrattuale;
- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale interno all'Ente implicato nel procedimento, ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi del D.Lgs. n. 267/2000 e della L. n. 241/1990, gli organi dell'autorità giudiziaria;
- i diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui agli artt. 12 e seguenti del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018.

situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse<sup>2</sup> tra il sottoscritto/a e i soggetti<sup>3</sup> dell'ASST Lariana indicati nell'Avviso/nel Bando PNRR<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente, entro la data di chiusura della procedura selettiva, l'eventuale variazione del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Data e luogo

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega alla presente copia del documento di identità<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Secondo la Comunicazione della Commissione Europea “*Orientamenti sulla prevenzione e sulla gestione dei conflitti d’interessi a norma del regolamento finanziario*” può esistere un conflitto d’interessi quando l’esercizio imparziale e obiettivo delle funzioni di un pubblico funzionario è compromesso da motivi familiari, affettivi, da affinità politica, da interesse economico o da qualsiasi altro interesse personale diretto o indiretto.

<sup>3</sup> Quali, ad esempio, il Responsabile del procedimento ex art. 5 L. 241/1990 (e ss.mm.ii.).

<sup>4</sup> Indicare i riferimenti dell’Avviso/del Bando in relazione al quale viene resa la dichiarazione.

<sup>5</sup> Applicabile nel caso in cui la dichiarazione non sia sottoscritta digitalmente.

**Tabella 1 - Elenco situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi**

<i>(descrivere l'eventuale legame personale/ rapporto finanziario/ economico/ di lavoro intercorrente con uno o più dei soggetti indicati nell'Avviso/ nel Bando PNRR d'interesse)</i>
<i>(Idem come sopra)</i>
<i>(Idem come sopra)</i>
...
...



## DICHIARAZIONE<sup>1</sup> SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI

*Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n. 445/2000*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
CF \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_<sup>2</sup>

nell'ambito della procedura di Gara/Provvedimento/Contratto/aggiudicato (testo oggetto atto)  
consapevole delle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, ai  
sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e per quanto gli è dato sapere alla data della presente dichiarazione

- ☐ che non sussistono situazioni di conflitto di interessi<sup>3</sup> tra il sottoscritto/a e i titolari effettivi degli operatori economici che partecipano alla procedura, in ragione di rapporti di natura

<sup>1</sup> I dati inseriti nella dichiarazione saranno trattati ai sensi del D. Lgs 196/2003, e dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018:

- a) le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati raccolti ineriscono al procedimento in oggetto;
- b) il conferimento dei dati costituisce il presupposto necessario per la regolarità del rapporto contrattuale;
- c) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale interno all'Ente implicato nel procedimento, ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi del D.Lgs. n. 267/2000 e della L. n. 241/1990, gli organi dell'autorità giudiziaria;
- d) i diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui agli artt. 12 e seguenti del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018.

<sup>2</sup> Si tratta del Dirigente competente alla stipula del contratto e/o del Dirigente dell'unità organizzativa competente all'espletamento alla procedura di affidamento, di titolare degli organi di governo dell'amministrazione aggiudicatrice, laddove adottino atti di gestione nella singola procedura di gara; di soggetti, anche esterni all'amministrazione, che hanno avuto un ruolo significativo, tecnico o amministrativo, nella predisposizione degli atti di gara (Cfr Appendice "La prevenzione e il controllo del conflitto di interessi ex art. 22 Reg. (UE) 2021/241")

<sup>3</sup> Secondo la Comunicazione della Commissione Europea "Orientamenti sulla prevenzione e sulla gestione dei conflitti d'interessi a norma del regolamento finanziario" può esistere un conflitto d'interessi quando l'esercizio imparziale e obiettivo delle funzioni di un pubblico funzionario è compromesso da motivi familiari, affettivi, da affinità politica, da interesse economico o da qualsiasi altro interesse personale diretto o indiretto.

lavorativa/professionale, personale e finanziaria come elencati nell'allegato alla presente dichiarazione, secondo le indicazioni dell'Appendice;

- ☐ che sussistono situazioni di conflitto di interesse tra il sottoscritto/a e i titolari effettivi degli operatori economici che partecipano alla procedura in ragione di rapporti di natura lavorativa/professionale, personale e finanziaria come elencati nell'allegato alla presente dichiarazione, secondo le indicazioni dell'Appendice *[specificare quali rapporti determinano il conflitto di interessi e per quale ragione]*;
- ☐ che non sussistono, per quanto a noto al/alla sottoscritto/a, situazioni di conflitto di interessi tra il coniuge, i parenti, gli affini entro il secondo grado o il convivente del sottoscritto/a e i titolari effettivi degli operatori economici che partecipano alla procedura, in ragione di rapporti di natura lavorativa/professionale, personale e finanziaria come elencati nell'allegato alla presente dichiarazione, secondo le indicazioni dell'Appendice;
- ☐ che sussistono, per quanto noto al/alla sottoscritto/a, situazioni di conflitto di interessi tra il coniuge, i parenti, gli affini entro il secondo grado o il convivente del sottoscritto/a e i titolari effettivi degli operatori economici che partecipano alla procedura in ragione di rapporti di natura lavorativa/professionale, personale e finanziaria come elencati nell'allegato alla presente dichiarazione, secondo le indicazioni dell'Appendice *[specificare quali rapporti determinano il conflitto di interessi e per quale ragione]*

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente, e comunque entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva della precedente.

Data e luogo

Firma

---

---

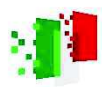
Si allega alla presente copia del documento di identità<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> La copia del documento non è richiesta se la dichiarazione è firmata digitalmente e nel caso in cui il dipendente ha protocollato direttamente il documento o se la protocollazione è avvenuta in presenza di un altro funzionario che lo ha riconosciuto.



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italia domani  
PIANO NAZIONALE  
DI RIPRESA E RESILIENZA

Sistema Socio Sanitario  
Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

## **Allegato<sup>5</sup> alla dichiarazione sulle situazioni di conflitto di interessi, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

Al fine della dichiarazione sulle situazioni di conflitto di interesse si elencano di seguito i dati e le informazioni, per quanto a conoscenza, relative alle macro-aree in conformità a quanto indicato nel PNA 2022 e nell'Appendice tematica "La prevenzione e il controllo del conflitto di interessi ex art. 22 Reg. (UE) 2021/241".

<b>1. Attività lavorative e professionali pregresse</b>
Elencazione degli impieghi a tempo determinato/indeterminato, pieno o parziale, in qualsiasi qualifica o ruolo, anche di consulenza, retribuiti e/o a titolo gratuito, presso soggetti pubblici o privati che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico. Va precisato se gli impieghi sono svolti attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
Elencazione degli accordi di collaborazione scientifica, delle partecipazioni ad iniziative o a società e studi di professionisti, comunque denominati (ad es. incarichi di ricercatore, responsabile scientifico, collaboratore di progetti), condotti con soggetti privati riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico. Va precisato se si tratta di rapporti attuali ovvero relativi ai tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
Elencazione delle partecipazioni, a titolo oneroso e/o gratuito, ad organi collegiali (ad es. comitati, organi consultivi, commissioni o gruppi di lavoro) comunque denominati, che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico. Va precisato se le partecipazioni si hanno attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura
<b>2. Interessi finanziari</b>
Elencazione delle partecipazioni, con o senza incarico di amministrazione, a società di persone e/o di capitali, pubbliche o private, che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore

<sup>5</sup> I dati inseriti nella dichiarazione saranno trattati ai sensi del D. Lgs 196/2003, e dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018:

- e) le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati raccolti ineriscono al procedimento in oggetto;
- f) il conferimento dei dati costituisce il presupposto necessario per la regolarità del rapporto contrattuale;
- g) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale interno all'Ente implicato nel procedimento, ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi del D.Lgs. n. 267/2000 e della L. n. 241/1990, gli organi dell'autorità giudiziaria;
- h) i diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui agli artt. 12 e seguenti del Reg. (UE) 2016/679 come attuato dal D.Lgs 101/2018.

economico. Va precisato se le partecipazioni sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

### **3. Rapporti e relazioni personali**

Se, attualmente o nei tre anni precedenti la procedura di gara, il coniuge e i parenti affini almeno entro il secondo grado o il convivente del dichiarante posseggono e/o hanno posseduto partecipazioni, con o senza incarico, in società a capitale pubblico o privato che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico.

Se, attualmente o nei tre anni precedenti, la procedura di gara, il coniuge, i parenti e affini entro il secondo grado o il convivente del dichiarante rivestano o abbiano rivestito, a titolo gratuito o oneroso, cariche o incarichi nell'ambito di soggetti pubblici e privati che sono riconducibili al titolare effettivo dell'operatore economico ovvero abbiano prestato per tali soggetti attività professionale, comunque denominata, a titolo gratuito o oneroso.

Se, attualmente o nei tre anni precedenti, la procedura, in prima persona, ovvero il coniuge, i parenti, e affini entro il secondo grado o il convivente del dichiarante abbiano un contenzioso giurisdizionale pendente o concluso, con il titolare effettivo dell'operatore economico o con persone fisiche o soggetti pubblici o privati, con o senza personalità giuridica, riconducibili al T.E.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente, e comunque entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, eventuali variazioni del contenuto del presente allegato alla dichiarazione.

Data e luogo

Firma

Si allega alla presente copia del documento di identità<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> La copia del documento non è richiesta se la dichiarazione è firmata digitalmente e nel caso in cui il dipendente ha protocollato direttamente il documento o se la protocollazione è avvenuta in presenza di un altro funzionario che lo ha riconosciuto.