

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in forma di autocertificazione relativa alla insussistenza di
cause di inconferibilità e incompatibilità e attestazione di assenza conflitto di interesse**

(Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

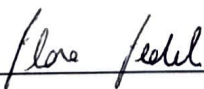
ANNO 2024

Il/la sottoscritto/a _____ Flora Fedele _____, con riferimento all'incarico di _____
Dirigente Medico _____ consapevole delle sanzioni penali previste della normativa vigente e,
in particolare, dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere,

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di inconferibilità previste dal D.lgs. n. 39/2013;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di incarichi di cui al D.lgs. n. 39/2013;
- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con l'AORN "Santobono-Pausilipon";
- di aver piena cognizione del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e di aver preso visione del Codice di comportamento adottato in Azienda;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, c. 3, del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione, **da rinnovare ogni anno**, sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'AORN nella Sezione Amministrazione Trasparente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Azienda l'eventuale insorgere di elementi ostativi al mantenimento dell'incarico.

FIRMA



Il/La sottoscritto/a è consapevole che ai sensi dell'articolo 6, par. 1, lett. c), Regolamento UE 679/2016 (GDPR), i dati riportati saranno trattati con strumenti informatici e pubblicati sul sito web aziendale, al fine di dare ottemperanza agli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 14, comma 1, lett. d) e e), D.lgs. 33/2013.