

DICHIARAZIONE RELATIVA A EVENTUALI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI
(sostitutiva di atti di notorietà ex art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____ ANDREA VIOLA _____

nato/a _____ PAVIA _____ in relazione all'incarico libero professionale di __PSICOLOGO__

PSICOTERAPEUTA _____ presso la S.C. / S.S.D. __PSICOLOGIA CLINICA/PSICHIATRIA

__dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni e relativamente a quanto disposto dal D. Lgs. n. 33 del 14.3.2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni):

- di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

OPPURE

- di essere titolare delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

| Incarico | Ente | Periodo |
|----------|------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

- di non svolgere ulteriori attività professionali;

OPPURE

- X di svolgere le seguenti ulteriori attività professionali

| Attività professionale | Periodo |
|---|------------------------|
| Psicologo-Psicoterapeuta presso ASST FATEBENFRATELLI SACCO - UONPIA | Dal 01/01/2022 ad oggi |

| | |
|--|------------------------|
| Psicologo-Psicoterapeuta presso ASST SANTI PAOLO E CARLO | Dal 01/05/2020 ad oggi |
| Psicologo-Psicoterapeuta presso studio privato | Dal 10/03/2016 ad oggi |

X che non sussistono altre situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;

OPPURE

che sussistono le seguenti situazioni _____

SI IMPEGNA

X a dare tempestiva comunicazione di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, di qualsiasi natura, sia personali, sia relative al coniuge, al convivente, a parenti o affini entro il secondo grado, che insorgano nel corso dello svolgimento dell'incarico.

DICHIARA

- di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ai sensi dell'art. 20, comma 3 del D.Lgs. 08.04.2013 n. 39 in apposita sezione (Amministrazione Trasparente);
- di essere a conoscenza che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda sono trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene attraverso l'utilizzo di strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Il sottoscritto/a può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dall'Ente è reperibile presso la sede dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'Ente (dpo@ospedaleniguarda.it) presenti nella Sezione privacy del sito istituzionale: www.ospedaleniguarda.it.

Data ___18/07/2023___

F.to Dott. Andrea Viola