

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI INCONFERIBILITÀ, INCOMPATIBILITÀ
E CONFLITTO DI INTERESSI ALL'ASSUNZIONE DELL'INCARICO DI
COMPONENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'AZIENDA SANITARIA
DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO**

(Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a...Massimiliano Rossi

nato/a a.....il.....

Con riferimento al conferimento dell'incarico di componente del Collegio Revisori dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, sotto la propria responsabilità e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445),

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità ai sensi della normativa vigente;
- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto di interesse, a partire dalle data di conferimento dell'incarico, ai sensi della normativa nazionale e provinciale vigente, oltre che ai sensi di quanto previsto dal Codice degli obblighi di servizio e di comportamento per il personale dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano;
- di aver preso piena cognizione del Codice degli obblighi di servizio e di comportamento per il personale dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. Ai componenti del Collegio dei Revisori si estendono infatti gli obblighi di condotta disciplinati dal medesimo codice.

Il/La sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/La sottoscritto/a si impegna inoltre a rendere annualmente la presente dichiarazione.

Con riferimento agli ulteriori requisiti richiesti dalle disposizioni provinciali vigenti:

DICHIARA

- di essere revisore contabile iscritto nel registro previsto dalla vigente normativa (art. 15 L.P. 21.4.2017 n. 3)
- l'appartenenza o l'aggregazione al gruppo linguistico, per la quale produrrà apposita certificazione (art. 15 L.P. 21.4.2017 n. 3);
- di avere ricoperto l'incarico per non più di tre mandati consecutivi presso l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Con riferimento ai propri dati personali **DICHIARA** inoltre di essere informato che:

- la presente dichiarazione ed i suoi aggiornamenti, saranno pubblicati, insieme al curriculum vitae e all'indicazione del compenso percepito, sul sito web della Provincia, sezione Amministrazione Trasparente, come previsto dal D.Lgs. 33/2013 art. 15, co.1 e della delibera Civit n. 50/2013;

- I dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e ne AUTORIZZA il trattamento (in particolare art. 7 e 13 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Luogo e data Bolzano, 24/05/2017

Il dichiarante

(firmato con firma digitale)

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI
SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE**

(art. 53 D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012)

La Direttrice di Ripartizione

VISTO l'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012, che prevede che il conferimento di ogni incarico sia subordinato all'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse;

CONSIDERATO che la/il dott.ssa/dott...Massimiliano Rossi.....ha dichiarato di svolgere la prestazione in assenza di conflitto d'interesse, anche potenziale.

Sulla base della documentazione presentata e nei limiti di quanto dichiarato dall'interessata/o

ATTESTA

la verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse in capo alla/al dott.ssa/dott.....Massimiliano Rossi....rispetto alla prestazione sopra indicata.

Bolzano,

La Direttrice di Ripartizione
Dott.ssa Laura Schrott
(firmato con firma digitale)