

Oggetto: Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

Affidamento incarico di consulenza

Il/la sottoscritto/a CASTRO ARCANGETTA nato/a a SIRACUSA

Il 09/06/1970 e residente in SIRACUSA via LUIGI MARWA MONTI 30/E

Codice fiscale CSTRNG70H49I^{754W} Professione INFERMIERA

In qualità di consulente _____

Conferito dall'ASP di Siracusa in data 10/04/2018

DICHIARA

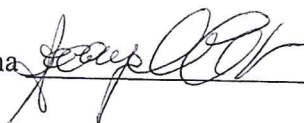
Sotto la propria responsabilità, consapevole, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità; consapevole delle sanzioni comminabili ai sensi del codice penale, in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi:

l'assenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse rispetto all'incarico di consulenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.lgs. 33/2013 la dichiarazione resa sarà pubblicata sul sito web dell'Azienda Sanitaria.

In fede

SR. 10/04/2018

firma 

.....
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003. Tali dati saranno conservati su archivi cartacei ed elettronici; tali dati potranno essere utilizzati per i fini del rispetto dell'obbligo inerente la Trasparenza (D.Lgs. n. 33/2013) che prevede la pubblicazione dei curricula dei consulenti e collaboratori sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, accessibile a tutti gli utenti nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla legge.

Data 10/04/2018 SR.

firma 

AC 2013
BS
 CONTI NAZIONALI E REGIONALI

REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

REPUBLICA ITALIANA

Nome **CASTRO**
 Cognome **ARCANGELA**
 Codice Fiscale **CSTRNG70H49I754W** Sesso **F**

Luogo di nascita **SIRACUSA**
 Provincia **SR**

Data di scadenza **21/01/2019**
 Data di nascita **09/06/1970**

Dati sanitari regionali
 REGIONE SIRACUSANA

Cognome **CASTRO**
 Nome **ARCANGELA**
 nato il **09/06/1970**
 (atto n. **1199p** I s. A **1970**)
 a **SIRACUSA (SR)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **SIRACUSA**
 Via **VIALE ZECCHINO N. 203**
 Stato civile **STATO LIBERO**
 Professione **INFERMIERA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **m. 1.60**
 Capelli **NERI**
 Occhi **NERI**
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Arcangela Castro*
SIRACUSA li **21/05/2013**

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO
P. IL SINDACO
 Funzionario Amm.vo
Rosa Lo Tauro

CIRCO SCRIZIONE TICHE

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

1. Nome **CASTRO**
 2. Cognome **ARCANGELA**
 3. Numero identificativo personale **CSTRNG70H49I754W** SSN-MIN SALUTE - 500001
 4. Numero di identificazione della tessera **80380001905007514019**

5. Data di nascita **09/06/1970**
 6. Numero di identificazione del cittadino **500001**
 7. Scadenza **21/01/2019**

IT



Scad il **09/06/2023**
 Diritti segri **0,26**
 c.i. **5,16**

AU 2196395

IPZS SpA - O.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
SIRACUSA

CARTA D'IDENTITA'
 N° **AU 2196395**
 DI
CASTRO ARCANGELA

Arcangela Castro