

Oggetto: Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

Affidamento incarico di consulenza

Il/la sottoscritto/a BONO DARIO nato/a a LENTINI

Il 04-06-82 e residente in CARLENTINI via ORSINI R^{CO} II N°4

Codice fiscale BND DAA PZH04E532D Professione INFERMIERE

In qualità di consulente INFERMIERE SOLLE AMBULANCE DEL 118

Conferito dall'ASP di Siracusa in data AGOSTO 116

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 16/04/18

firma Dario Bono

.....
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 16/04/18

firma Dario Bono

Cognome..... **BONO**

Nome..... **DARIO**

nato il..... **04/06/1982**

(atto n. **93** P. **II S.** A.....)

a..... **LENTINI** (..... **SR**.....)

Cittadinanza..... **ITALIANA**

Residenza..... **CARLENTINI (SR)**

Via..... **ORSINI RONCO II n.4**

Stato civile..... -----

Professione..... **INFERMIERE**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... **1.80**

Capelli..... **CASTANI**

Occhi..... **CASTANI**

Segni particolari..... -----



Firma del titolare *[Handwritten Signature]*

..... **CARLENTINI** **09/08/2011**

Impronta del dito indice sinistro *[Handwritten Signature]* **IL SINDACO**

Circo Maria Gabriella
Euro 10.82

COMUNE DI
CARLENTINI
Euro 0,50
DIRITTI DI
SEGRETERIA



23-3-17

Bis Bono

