

Oggetto: Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

Affidamento incarico di consulenza

Il/la sottoscritto/a M. E. ARRANO ET MANO nato/a a Siracusa
 Il 22-01-1953 e residente in Siracusa via Piano Plebiscito 25
 Codice fiscale TRR4655A22785B Professione MEDEC
 In qualità di consulente MEDEC / REMUERO
 Conferito dall'ASP di Siracusa in data 05-02-2015

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 [Signature]

.....
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 [Signature]

Cognome... **TERRANOVA**

Nome... **EMILIO**

nato il... **22-01-1955**

(atto n. **00011** P. **1** S. A. **1955**)

a... **SOLARINO (SR)**

Cittadinanza... **Italiana**

Residenza... **SOLARINO (SR)**

Via... **PIAZZA PLEBISCITO 24 p. 1**

Stato civile... **CONIUGATO**

Professione... **MEDICO**

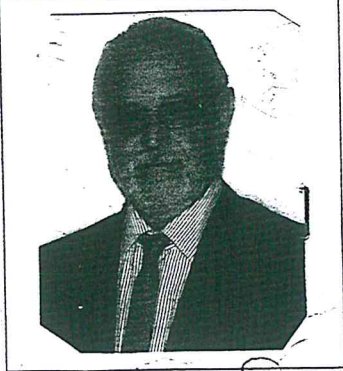
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura... **175**

Capelli... **Bianchi**

Occhi... **Castani**

Segni particolari... **NESSUNO**


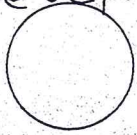


Firma del titolare... *Emilio Terranova*

SOLARINO li **10-09-2014**

Impronta del dito indice...

IL SINDACO
UFFICIALE D'ANAGRAFE
Paola Lorenzini

Scadenza : **22-01-2025**

Diritti : **5,42**



AU 9847826



LPZS. 39A - C.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
SOLARINO

CARTA D'IDENTITA'

N° AU 9847826

DI
TERRANOVA EMILIO