

Oggetto: Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

Affidamento incarico di consulenza

Il/la sottoscritto/a Dot. ODDO GIUSEPPE nato/a a NOTO (SR)

Il 24-08-1964 e residente in AVOLA via V. FOSCOLO 161A int. 28

Codice fiscale DDOGPP66M26P943A Professione MEDICO

In qualità di consulente MEDICO

Conferito dall'ASP di Siracusa in data 5-2-2016

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:

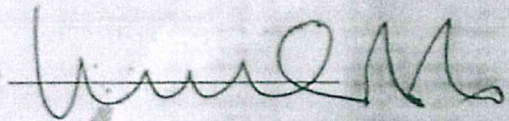
l'assenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse rispetto all'incarico di consulenza.

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

Dr. ODDO GIUSEPPE

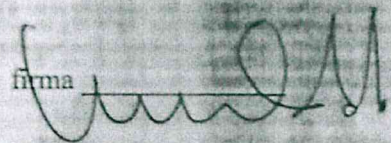
firma



.....  
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 29.04.2018

firma



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
AVOLA (SR)

CARTA D'IDENTITÀ

N° AX5346485

DI

ODDO

GIUSEPPE



SCADENZA - 24/08/2027

ASSENSO ALLA DONAZIONE SANGUINI / TESSUTI

AX5346485



Cognome..... **ODDO**  
 Nome..... **GIUSEPPE**  
 nato il..... **24/08/1964**  
 (atto n. .... **454** P. .... **1** S. .... **A** SR)  
 a..... **NOTO**  
 Cittadinanza..... **ITALIANA**  
 Residenza..... **AVOLA (SR)**  
 Via..... **PORTICO BOLOGNA 2 I.2**  
 Stato civile..... **=====**  
 Professione..... **MEDICO**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura..... **mt. 1,69**  
 Capelli..... **BRIZZOLATI**  
 Occhi..... **CASTANI**  
 Segni particolari..... **NESSUNO**



Firma del titolare..... *Giuseppe Odo*  
**AVOLA (SR)**  
 Il..... **17/05/2017**

IL SINDACO  
*Giuseppe Odo*  
 ESC. COOP. DUGO PAOLO

Impronta del dito  
 indice sinistro  
**DIRITTI 5,42**