

Oggetto: Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

Affidamento incarico di consulenza

Il/la sottoscritto/a A. D'Agata Pozzoli nato/a a CATANIA
Il 02/02/1962 e residente in F. A. Colla SR via F. A. Colla 52
Codice fiscale 0429462B02C351I Professione Giurista

In qualità di consulente _____

Conferito dall'ASP di Siracusa in data 05/02/2016

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

firma A. D'Agata Pozzoli

.....
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 21/04/2018

firma _____

A. D'Agata Pozzoli

Cognome..... D'AQUILA
Nome..... PASQUALE
nato il..... 07/02/1967
(atto n..... 385..... Is. A.....)
a..... CATANIA (CT).....
Cittadinanza..... ITALIANA
Residenza..... SIRACUSA
Via..... FRANCESCO ACCOLLA N. 57
Stato civile..... CONIUGATO
Professione..... INFERMIERE PROFESSIONALE
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura..... m. 1.74
Capelli..... CASTANI
Occhi..... VERDI
Segni particolari..... NESSUNO



Firma del titolare..... *[Signature]*

SIRACUSA li 12/08/2016

IL SINDACO

impronta del dito
indice sinistro



[Signature]
Esecutore Amm.vo
Delegato
Manuela Protti

Scade il 07/02/2027

Diritti scadr. 0.26
c.i. 5.16

ASSENSO ALLA DONAZIONE ORGANI/TESSUTI

AX 3687993

IPZS 524 - OCV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
SIRACUSA

CARTA D'IDENTITA

N° AX 3687993

DI

D'AQUILA PASQUALE