

**ATTESTAZIONE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE
RELATIVA ALL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI
CONFLITTO DI INTERESSI DEI CONSULENTI E COLLABORATORI***

VISTO l'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dall' art. 1, comma 42, lett. h) e i), della legge n. 190/2012 e s.m.i., il quale prevede che il conferimento di ogni incarico sia subordinato all'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;

VISTO il curriculum del/la Sig./Sig.ra _____

VISTE:

- la dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6-bis della L. n. 241/1990 e s.m.i., del D.P.R. n. 62/2013 modificato dal D.P.R. n. 81/2023, della Delibera n. 9/2023 "Aggiornamento del Codice di comportamento dei dipendenti e dei dirigenti ASL BT 2022";
- la dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali, ai sensi e per gli effetti dell'art. 15, co. 1, lett. c) del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

rese dal/l a Sig./Sig.ra _____ in relazione all' incarico di _____

ATTESTA

l'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in relazione al conferimento al/alla Sig./ Sig.ra _____ dell'incarico di _____

Luogo e data

Il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura
che si avvale della consulenza/collaborazione

I dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, ovvero l'acquisizione delle informazioni necessarie per la verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni.

Luogo e data

Il/La dichiarante

Alla presente si allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.

***il presente modulo in originale è depositato agli atti della Struttura che si avvale della consulenza/collaborazione, mentre una copia priva dei dati personali e della firma autografa è pubblicata nella Sezione "Amministrazione Trasparente" – Sottosezione "Consulenti e collaboratori" del sito web istituzionale dell'ASL BT**