

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(EX ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 E SS.MM.II)

Sistema Socio Sanitario

ATS Milano
Città Metropolitana

Il/La sottoscritto/a:

Cognome MERONI Nome: CLAUDIA

nato/a a

Prov.) Via/Piazza

in riferimento all'incarico libero professionale di PSICOLOGO presso SC SERVIZIO REGIONALE DI SUPPORTO AI PIANI E PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E ALLE ATTIVITA' DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE bandito con provvedimento n. 1266 del 29/12/2023 e in relazione alle disposizioni contenute nel D. Lgs n. 165/2001, nella L. 190/2012, nel D. Lgs. N. 33/2013 e nel DPR n. 62/2013, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non aver riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati
- di non aver contenziosi civili ed amministrativi pendenti nei confronti dell'ATS Città Metropolitana di Milano
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici pubblici
- di non aver riportato condanne per reati di cui alle leggi antimafia
- di non essere sottoposto a misure di prevenzione e quant'altro previsto dalle leggi antimafia
- di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
- di non prestare attività lavorativa a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall'ATS Città Metropolitana di Milano.

DICHIARA altresì:**1. ai sensi dell'art. 15 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33:**

di NON essere titolare di cariche presso enti pubblici o privati e/o di NON avere cariche con oneri a carico della finanza pubblica

2. ai sensi dell'art. 15 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33:

di svolgere i seguenti incarichi o le seguenti attività professionali presso enti pubblici o privati e/o di avere in corso i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica:

Incarico/Attività	Ente Pubblico o privato ove si esercita l'Incarico/Attività	Durata
Borsa di ricerca	Università degli Studi di Milano Bicocca	annuale
Docenza contratto	Università degli Studi di Milano Bicocca	annuale
Incarico tutorato	Università degli Studi di Milano Bicocca	annuale

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(EX ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 E SS.MM.II)

3. ai sensi dell'art. 13 DPR n. 62/2013:

di NON essere in possesso di partecipazioni azionarie che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgere

oppure

- di essere in possesso delle sottoindicate partecipazioni azionarie che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi:

4. ai sensi dell'art. 13 DPR n. 62/2013:

che, in capo alla propria persona, NON sussistono interessi finanziari che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi

oppure

- che, in capo alla propria persona, sussistono interessi finanziari che possono essere in conflitto con la funzione pubblica da svolgersi:

5. ai sensi dell'art. 13 DPR n. 62/2013:

di NON avere parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionale o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio con il quale andrà a collaborare o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio

oppure

- di avere i sottoindicati parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionale o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio con il quale andrà a collaborare o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio:

Dichiara infine l'insussistenza di qualsiasi altra situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi e si impegna a far permanere l'assenza di tali situazioni per tutta la durata dell'incarico.

Luogo e data _Milano 05/01/2024_____

Firmato Claudia Meroni

DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE DI SC

Il sottoscritto CORRADO CELATA____ Responsabile SC Servizio Regionale Promozione Salute

che ha richiesto l'attivazione del su indicato incarico libero professionale

ATTESTA

di aver esaminato la sopra riportata dichiarazione rilasciata dal professionista.

DICHIARA

sulla base delle stessa e in riferimento alle attività previste dall'incarico libero professionale da conferire, di aver verificato che NON sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Milano 19/01/2024_____

Firmato Corrado Celata
