

# MODELLO DI DICHIARAZIONI RELATIVE AI CONSULENTI/COLLABORATORI

Il /La sottoscritto/a SILVANO SPINA CF \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

in qualità di (qualifica) MEDICO RADIOLOGO

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 dichiara:

## DICHIARAZIONI INCARICHI E CARICHE RICOPERTE

DICHIARO:

- Ai sensi dell'art.15, comma 1, lett.c) D.Lgs.33/2013 di:
  - Non ricoprire;
  - Ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici e/o privati;

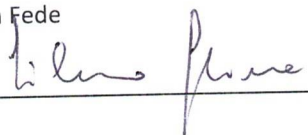
Carica	Ente (pubblico o privato)	Periodo (data di inizio/cessazione)	Compensi a qualsiasi titolo corrisposti

Dichiaro infine:

- di non trovarmi allo stato in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'attività svolta e di impegnarsi a rendere annualmente una analoga dichiarazione ai sensi dell'art.20, comma 2 del D.LGS.39/2013 e s.m.i. e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione;
- di essere a conoscenza di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della ASL di Viterbo, condividendone ed osservandone i principi generali e i protocolli specifici.

Ai sensi di quanto pervisto dal D.Lgs 196/2003, con la sottoscrizione del documento presto il consenso alla pubblicazione della presente dichiarazione in apposita sezione del sito istituzionale della ASL Viterbo.

In Fede



(Luogo e data)

VITERBO 3-1-2023