

Oggetto: **Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse - Dichiarazione di svolgimento altri incarichi o titolarità di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o svolgimento attività professionali**

Il/La sottoscritto/a EMANUELE CROCETTI
nato/a a FIRENZE il 23.12.1959 e residente
in FIRENZE
Via DEVE S. GIORNATE N. 29
Codice Fiscale CRCMNL59T230612J P. IVA 06745460482

per l'incarico di studio, nella forma del lavoro autonomo, nell'ambito delle linee di attività relative alla revisione scientifica dei contenuti dei portali di dati presenti all'interno del sito web www.ars.toscana.it, al fine di supportare l'Osservatorio di Epidemiologia di ARS nella revisione degli indicatori di salute, della loro metodologia di calcolo e della loro interpretazione scientifica, consapevole che:

- è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 del D.P.R. n. 445/2000);

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, secondo periodo, del D.Lgs n. 165/2001 e ss.mm. e ii.,

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Agenzia regionale di sanità della Toscana;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana;
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 avente ad oggetto "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute, nonché del codice di comportamento dei dipendenti dell'Agenzia Regionale di Sanità approvato con decreto direttore n. 6 del 27/01/2014;

DICHIARA ALTRESI',

per gli effetti dell'art. 15 del D.Lgs n. 33/2013

(barrare il caso che ricorre)

- di non svolgere incarichi o avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;
- i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

in forma propria

non in forma propria e la fattura verrà emessa da (es. Studio Associato)

Indirizzo _____

P.I. _____

e di essere

PROFESSIONISTA (art. 53 comma 1 DPR 917/86), in quanto l'attività richiesta rientra nell'oggetto tipico della sua attività professionale abituale con **obbligo** di rilascio di **fattura** (art. 5 comma 1 DPR. 633/1972), per cui l'**IRAP** è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso libera l'Ente committente da obblighi al proposito.

FIRMA _____



essere iscritto nell'Albo/Ordine DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE
con conseguente iscrizione ai fini previdenziali alla Cassa di Previdenza ENPAM e che in fattura verrà esposto il contributo previdenziale obbligatorio del 4 %;

essere iscritto nell'Albo/Ordine _____
con conseguente iscrizione ai fini previdenziali alla Cassa di Previdenza _____; si evidenzia che in fattura **NON** verrà esposto tale contributo previdenziale;

essere iscritto nell'Albo/Ordine _____
e senza iscrizione ai fini previdenziali alla relativa Cassa di Previdenza;

non iscritto in alcun Albo professionale e senza Cassa di Previdenza, ma con attività professionale svolta in forma abituale anche se non esclusiva

FIRMA _____



**AGLI EFFETTI DELL'APPLICAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVIDENZIALE INPS
DI CUI ALL'ART. 2 COMMI DA 25 A 32 L. 335/1995 IL SOTTOSCRITTO CONFERMA
QUANTO SOPRA ESPOSTO E DICHIARA**

che le prestazioni di cui all'incarico ricevuto danno origine a redditi professionali non assoggettati a contribuzione obbligatoria previdenziale presso la cassa di previdenza di categoria e/o i versamenti alla cassa di previdenza di categoria vengono effettuati a titolo di solidarietà non dando diritto gli stessi a trattamento pensionistico a carico della cassa; pertanto è soggetto, a propria cura ed onere, al pagamento del contributo al fondo Gestione Separata.

FIRMA _____

che

rientra in un regime fiscale agevolato (es. regime dei superminimi Legge 111/2011) dichiarare il regime di esenzione

non rientra in un regime fiscale agevolato

essere/non essere collocato in quiescenza (art.6, d.l. n. 90/2014 convertito con l. n.144/2014);

e sceglie la seguente modalità di pagamento:

BONIFICO BANCARIO/POSTALE/CARTA PREPAGATA (solo con codice IBAN)

Agenzia CR FIRENZE AG 3

sede FIRENZE V. CERNALIA 82

ABI _____ CAB _____

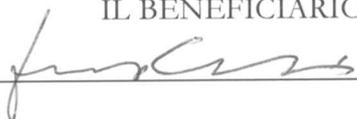
c/c n° _____ CIN _____

IBAN IT 410 06160 02803 000016648000

BONIFICO BANCARIO ESTERO

SWIFT CODE _____

IL BENEFICIARIO

_____ 

L'Agenzia Regionale di Sanità utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (L. 675/96 e D.Lgs 196/2003).

L'Agenzia Regionale di Sanità controlla anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (artt. n. 71 e 72 DPR 445/2000).

Il sottoscritto conferma che, ai fini fiscali previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla precedente dichiarazione e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Agenzia Regionale di Sanità da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Luogo e data, FIRENZE 28.11.2012

FIRMA _____ 