

(da restituire ad ARS compilato e firmato)

A.R.S.

Villa La Quiete alle Montalve
Via Pietro Dazzi n. 1
50141 Firenze

c.a. dott. Fabio Voller
(dirigente responsabile)

OGGETTO: dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio relative allo svolgimento di incarico individuale di lavoro autonomo.

Il/La sottoscritto/a _CLAUDIA DELLISANTI, nato/a a ___FIRENZE il 13/06/_1970_ e residente a FIRENZE, in Via/P.zza ANTONIO ZOBBI , n. 16, C.F.: DLLCLD70H53D612X

in relazione al conferimento di incarico individuale di lavoro autonomo, con contratto di lavoro autonomo, per attività di analisi e revisione delle prove di efficacia degli interventi di prevenzione a livello nazionale e regionale nell'ambito dell'attività di supporto al Network della Evidence Based Prevention (NIEBP) (indetto con **decreto dirigente n. 12 del 28.02.2019**)

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

1. di godere dei seguenti requisiti generali per il conferimento dell'incarico individuale di cui sopra:

- a. di possedere la cittadinanza ITALIANA;
- b. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
- c. di non aver reso false dichiarazioni in merito a requisiti ed a condizioni rilevanti ai fini del conferimento di incarichi;
- d. di non aver commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate da pubbliche amministrazioni o enti pubblici;
- e. di non aver riportato condanne passate in giudicato, anche con sentenza in applicazione di pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del C.P.P., né di avere procedimenti pendenti, che impediscono la costituzione di rapporti con la pubblica amministrazione

(oppure indicare se si riportano precedenti penali o si è a conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico)

_____;

2. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali a fini istituzionali;

3. ai sensi e per gli effetti di quanto stabilito dall'art. 53, comma 14, del D.Lgs. 165/2001, come modificato dalla L. 6 novembre 2012, n. 190 ("Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"), di non trovarsi in condizione di conflitto di interesse, anche potenziale, con le attività di cui all'incarico conferito da ARS

☐ di non svolgere alcun incarico tra quelli menzionati nell'art. 15, comma 1, lett. c)¹ del d.lgs. n. 33/2013

OPPURE

X di avere in atto i seguenti incarichi:

Ente	Oggetto dell'incarico	Compenso lordo	Periodo/Scadenza
Università degli Studi di Firenze (Sanità Pubblica)	Rapid review ambiente costruito e invecchiamento in salute	6.000	01/02/2019 31/07/2019

(indicare le/gli altre/i attività e/o incarichi al momento svolti, se esistenti)

4. di non presentare altre cause di incompatibilità, di diritto o di fatto, all'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente incarico;

5. di accettare le condizioni previste nel contratto/lettera di conferimento di incarico;

6. di aver preso piena cognizione del DPR 16 aprile 2013, n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e delle norme in esso contenute, come integrate e specificate dal Codice di comportamento dei dipendenti di ARS;

7. che le dichiarazioni sopra rese sono documentabili.

¹ svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o svolgimento di attività professionali

Il/la sottoscritto/a ai fini del rispetto del limite alle retribuzioni e ai trattamenti pensionistici a carico della finanza pubblica, di cui all'art. 23ter del D.L. 201/2011, all'art. 1, comma 471, della L. 147/2013 e all'art. 13 del D.L. 66/2014

DICHIARA INOLTRE

ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

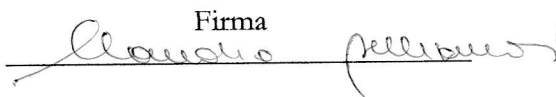
X che nell'anno 2019 riceve e/o prevede di percepire, a carico delle finanze pubbliche, le seguenti retribuzioni/compensi in ragione di rapporti di lavoro subordinato o autonomo intercorrenti con le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 30/3/2011 n. 165 e ss.mm.ii², ivi compresi i trattamenti pensionistici erogati da gestioni previdenziali pubbliche

Pubblica Amministrazione (indicare la denominazione della P.A. che ha conferito l'incarico)	Tipologia di incarico/rapporto	Periodo di svolgimento	Importo lordo presunto
Università degli Studi di Firenze (sanità Pubblica)	Borsa di studio	01/02/2019 31/07/2019	60000

☐ di non percepire, a carico delle finanze pubbliche, nell'anno _____ alcun emolumento o compenso.

Il dichiarante si impegna a comunicare ogni eventuale trattamento economico delle tipologie sopra indicate o trattamento pensionistico intervenuto in corso di mandato.

Data
10/04/2019

Firma


Allega copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

² Per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300. Fino alla revisione organica della disciplina di settore, le disposizioni di cui al presente decreto continuano ad applicarsi anche al CONI.

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo ai fini del conferimento di incarico ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. 165/2001, dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013, dell'art. 23ter del DL 201/2011, dell'art. 1, comma 471 della l. 147/2013 e dell'art. 13 del D.L. 66/2014, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente. A tal fine le facciamo presente che:

1. ARS – Agenzia Regionale di Sanità Toscana è il titolare del trattamento (dati di contatto: via Pietro Dazzi n. 1, 50141 Firenze, tel. n. 055-46.24.31, fax n. 055-46.24.332, pec: ars@postacert.toscana.it)
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude il conferimento dell'incarico (circ. Dip. Funzione Pubbl. n. 3/2014). I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati, nel caso in cui i compensi superino i limiti di legge, alle amministrazioni competenti a effettuare le riduzioni
3. I suoi dati saranno conservati presso l'ufficio del responsabile del procedimento e presso l'ufficio del personale dell'ARS per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti dell'ufficio protocollo per il periodo di legge previsto, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (dpo@ars.toscana.it)
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)

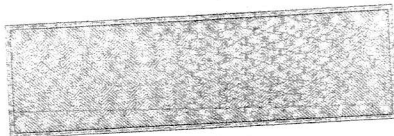
Cognome **DELLISANTI**
Nome **CLAUDIA**
nato il **13/06/1970**
patron **2844 1 A**
Firenze
Nazione **italiana**
Residenza **Firenze**
Via **Antonio Zobi N. 16**
Servizio **cgt.BIANCHI**
Professione **medico**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura **1.61**
Capelli **castani**
Occhi **marroni**
Segni particolari



Firma del titolare *Claudia Dellisanti*
FIRENZE 06/05/2014
P. 2844
Direttore: Segreteria Euro 5.16
Direttore: Fissi Euro 0.16

Il presente documento
scade il 13/06/2024

AV 2663025



Claudia Dellisanti