

**DICHIARAZIONE DEI COMPONENTI DEL COLLEGIO SINDACALE DELL'AZIENDA
SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA**

Il sottoscritto PIERGIOVANNI DINI nato a ANCONA il
22/10/1973 residente ANCONA a _____ in
via _____, in qualità di componente del Collegio
Sindacale di AST Ancona, così nominato con determina del Commissario Straordinario n.
427 del 23.03.2023, a seguito della designazione da parte delle competenti Amministrazioni,
CF DNI PGR73 R27 A271P EMAIL p.dini@univobepuoli.it PEC _____
TEL _____ CELL 34712593060

Visto l'art. 53 del D.lgs 165 del 2001 e s.m.i;

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 16 Aprile 2013, n. 62 recante il codice di
comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art 54 del D.lgs. n. 165/2001;

Visto il D.lgs n. 33/2013 e smi, ed in particolare l'art. 15 co 1;

Visto il D.lgs. n. 39/2013;

Visto il Codice di Comportamento aziendale;

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 3 ter del D.Lgs 502/1992, dagli artt. 2382, 2387
c.c. e dall'art.15 del D.Lgs 33/2013

Consapevole che la presente dichiarazione costituisce condizione di efficacia per
l'assunzione dell'incarico di membro del Collegio Sindacale

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del P.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali,
nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76

➤ Di accettare e rispettare le disposizioni contenute nel Codice di Comportamento
aziendale;

☒ di non aderire e non fare parte di associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse
possano interferire con lo svolgimento delle attività dell'ufficio;

☒ di aderire e far parte delle seguenti associazioni ed organizzazione i cui ambiti di
interesse possono interferire con lo svolgimento delle attività dell'ufficio:

associazione-circolo-altri organismi	Denominazione

☒ di non essere titolare di alcun incarico con oneri a carico della finanza pubblica;

☒ di essere titolare ai fini dell'applicazione della vigente normativa in materia di limite massimo retributivo, per l'anno 2022, dei seguenti incarichi a carico della finanza pubblica:

soggetto conferente	Tipologia incarico consulenza	Data conferimento incarico	Data fine incarico	Importo lordo di competenza dell'anno	Importo lordo di competenza anni successivi
REGIONE MARCHE	REVISORE	2018			
MINIST. SALUTE	REVISORE	2022			
CRI CASTEL	REVISORE	2021			

☒ di non aver assunto altri impieghi od incarichi e di non esercitare attività professionale, commerciale e industriale, in settori di interesse dell'AST e del SS della Regione Marche;

☐ di aver assunto i seguenti altri impieghi od incarichi, o di esercitare la seguente attività professionale, commerciale e industriale, ovvero aver assunto i seguenti incarichi prettamente occasionali in settori di interesse dell'AST o del SS della Regione Marche:

attività/incarico	Soggetto	Periodo di riferimento

>che non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interessi in relazione alle attività svolte o che possano compromettere la propria indipendenza nell'espletamento dell'incarico;

> di non far parte di associazioni e organismi i cui fini siano in contrasto con quelli perseguiti dall'AST e del Servizio Sanitario Regionale, né di intrattenere o curare relazioni con organizzazioni vietate dalla Legge;

> di non avere, direttamente o per interposta persona interessi economici in enti, imprese e società che operano nei settori dell'AST e del SS regionale;

☒ di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 10 Dlgs 39/13 e smi);

☐ di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 10 dlgs n. 39/13 e smi);

Incarichi e cariche

Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di svolgimento incarico
REGIONE MARCHE	SANITARIA AREA	2012 - 2013

Attività professionali

Attività	Soggetto	Periodo di svolgimento

Il/la sottoscritto/a:

>si impegna a comunicare tempestivamente all'AST Ancona, eventuali variazioni del proprio status che dovessero sopravvenire rendendo necessaria la modifica dei contenuti della presente dichiarazione;

>autorizza AST, a trattare i propri dati, dichiarando di aver preso atto dell'informativa riportata in calce alla presente dichiarazione.

Ancona, lì

Il dichiarante

