

**Al Direttore e Responsabile Anticorruzione ASP
dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
Distretto Cesena Valle Savio**

**VERIFICA INCOMPATIBILITA'
E VIOLAZIONI CODICE DI COMPORTAMENTO**

Il/la sottoscritto/a..... nato/a..... il.....;
residente a, in via....., n.....,
email personale a cui posso essere contattato dall'ASP:
operatore per l'ASP nei seguenti servizi.....
con la presente ai sensi del DPR 445/99 dichiaro:

- di non svolgere altra attività lavorativa;
- di svolgere la seguente altra attività lavorativa/incarico professionale:
datore di lavoro/committente durata del contratto
impegno settimanale ore: mansioni svolte
- di non essere iscritto a nessuna associazione di volontariato/di promozione sociale;
- di essere iscritto alle seguenti associazioni di volontariato/di promozione sociale:
 - Nome associazione..... avente sede
operante nell'ambito
 - Nome associazione..... avente sede
operante nell'ambito
 - Nome associazione..... avente sede
operante nell'ambito
- Che nessuno dei miei parenti affini entro il secondo grado, ne il mio coniuge e/o convivente a qualsiasi titolo, hanno attive collaborazioni con soggetti pubblici o privati che abbiano interessi nel servizio a cui sono destinato.
- Che i seguenti miei parenti/coniuge/conviventi collaborano con soggetti privati che hanno interessi nel servizio a me destinato:
 - Nome e cognome..... titolo parentela.....
Soggetto privato con cui collabora mansioni svolte

– Nome e cognome..... titolo parentela.....
Soggetto privato con cui collabora mansioni svolte

Che nell'ultimo anno non ho ricevuto alcun regalo da soggetti privati che hanno interessi nel servizio a cui sono destinato;

che nell'ultimo anno ho ricevuto i seguenti regali da soggetti privati che hanno interessi nel servizio a cui sono destinato:

– tipologia regalo Valore presunto.....
Soggetto che ha fatto il regalo

– tipologia regalo Valore presunto.....
Soggetto che ha fatto il regalo

– tipologia regalo Valore presunto.....
Soggetto che ha fatto il regalo

che sono a conoscenza dei seguenti fatti che mi riguardano o che riguardano altro personale dell'ASP che violano il codice di comportamento Aziendale:

.....
.....
.....

Data.....

in fede

Informativa trattamento dati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196: dati contenuti nel presente modello sono necessari e utilizzati esclusivamente per finalità di verifica delle incompatibilità e violazioni del Codice di Comportamento aziendale e saranno adottate tutte le misure volte a garantire la massima riservatezza. Titolare responsabile dei dati è il Direttore dell'ASP Cesena Valle Savio, Dott. Alessandro Strada.

in fede
