

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'(artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445) RESA AI SENSI DELL'ART. 15 co. 1 lett. c) del D. LGS. n. 33/2013 (barrare e compilare la voce che interessa)

Il/la sottoscritt/a DIAMANTI MATTEO  
Nato/a a [redacted] ( [redacted] ) il [redacted] / [redacted] / [redacted]  
prov. [redacted]  
residente a ( [redacted] ) in Via [redacted]  
n. [redacted]

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti ed uso di atto falso, Consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora, in sede di controllo, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera c) del D. Lgs. 33/2013 recante "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza":

(Svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione)

- di non svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione.
- di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:  
tipologia di incarico: \_\_\_\_\_  
presso Ente: \_\_\_\_\_  
periodo dell'incarico: \_\_\_\_\_ compenso: \_\_\_\_\_

(Titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione)

- di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione.
- di avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione di seguito elencate:  
1) carica: DELEGATO AI TA REGIONE MARCHE  
presso Ente: ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DI NEUROFISIOLOGIA (A.I.T.A.)  
periodo dell'incarico: 2023-2025 compenso: A TITOLO GRATUITO  
2) CARICA: MEMBRO COMITATO SCIENTIFICO. PRESSO ENTE: AREA LEARN ECH BROWDEN  
PERIODO DELL' INCARICO: DURATA 5 ANNI A PARTIRE DAL 2023. COMPENSO: GRATUITO \*  
(Svolgimento di attività professionali)

- di non svolgere attività professionali.
- di svolgere la/e seguente/i attività professionale/i:  
descrizione dell'attività: \_\_\_\_\_

- \* 3) CARICA: PRESIDENTE COMMISSIONE D'USO DEI TECNICI DI NEUROFISIOLOGIA  
PRESSO ENTE: ORDINE TSIM E PSTIP DI ANCONA, ASCOLI PICENO, FERMO E MACENATA COMPENSO  
PERIODO DELL' INCARICO: 2024-2026. COMPENSO: 625 € (RICEVUTI SOLO NEL 2024) NETTO  
4) CARICA: MEMBRO SUPPLEMENTE COMMISSIONE CENTRALE ESERCIZIO PROFESSIONI SANITARIE (CC EPS) TIFE  
PRESSO ENTE: MINISTERO DELLA SALUTE. PERIODO DELL' INCARICO: 2024-2026  
COMPENSO: A TITOLO GRATUITO

Compenso annuo: \_\_\_\_\_

**(Insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi)**

- in relazione a quanto sopra, che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.
- di essere a conoscenza che la presente dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera c) del D. Lgs. 33/2013 sarà pubblicata nel sito internet aziendale.

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

  
(luogo) \_\_\_\_\_ (data)



Al sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.