



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ORGANO POLITICO
(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Consenso alla divulgazione: completando e firmando questo modulo, si acconsente alla sua divulgazione mediante pubblicazione nella sezione di Amministrazione Trasparente del sito web dell'Ordine delle Professioni infermieristiche di Roma

Il/La sottoscritto/a Antonio Andreozzi.....

nato/a a Caserta.....prov. di CE.....il 21.04.1976.....

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000, in qualità di:

- Presidente OPI Roma
 Presidente Commissione Albo Infermieri
 Presidente Commissione Albo Infermieri Pediatrici
 Presidente Collegio Revisori
 Consigliere Commissario Revisore

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 39/2013, l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità e:

- 1) di **non essere** mai stato/a coinvolto/a in atti di corruzione, o condotte scorrette simili, ricevendo condanne, sanzioni o esclusioni da procedure per corruzione

OPPURE

di **aver riportato** la seguente condanna
emessa dalin data.....

OPPURE

di **avere in corso** i seguenti procedimenti penali pendenti.....
.....;

- 2) di **non essere inserito/a** in liste pubbliche di esclusione di professionisti che hanno limitazioni o divieti di partecipare ad appalti/collaborazioni di enti pubblici o governativi stilati da governi nazionali o locali o da istituzioni multilaterali, come la banca mondiale;

di **essere inserito/a** in liste pubbliche di esclusione di professionisti che hanno limitazioni o divieti di partecipare ad appalti/collaborazioni di enti pubblici o governativi stilati da governi nazionali o locali o da istituzioni multilaterali, come la banca mondiale;

- 3) di **godere** dei diritti politici; di **non godere** dei diritti politici;

- 4) di **non avere interessi** personali o professionali in contrasto o che potrebbero essere in contrasto con l'imparzialità e l'indipendenza richiesta dalla responsabilità derivante dagli incarichi, anche di collaborazione o di qualsivoglia forma di relazione, assunti presso l'OPI di Roma, che può venire meno in conseguenza degli interessi in causa.



Ordine delle Professioni Infermieristiche – Roma

di **avere interessi** personali o professionali in contrasto o che potrebbero essere in contrasto con l'imparzialità e l'indipendenza richiesta dalla responsabilità derivante dagli incarichi, anche di collaborazione o di qualsivoglia forma di relazione, assunti presso l'OPI di Roma che potrebbe venire meno in conseguenza degli interessi in causa.

Negli ultimi 12 mesi **ho avuto una remunerazione** da un ente o organizzazione con un qualsiasi interesse all'oggetto dell'attività che sarò chiamato a svolgere:

NO SI: riporto a seguire l'ente o organizzazione di che trattasi e il ruolo o la posizione assunta:

Negli ultimi 12 mesi **ho ricoperto un ruolo o posizione non retribuita** presso un ente o organizzazione con un qualsiasi interesse all'oggetto dell'attività che sarò chiamato a svolgere.

NO SI: riporto a seguire l'ente o organizzazione di che trattasi e il ruolo o la posizione assunta:

Per quanto a sua conoscenza è possibile che l'esito delle attività che è chiamato a svolgere determinino o possano determinare un beneficio o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali ha sostanziali interessi in comune personali, professionali, commerciali o finanziari come, ad esempio familiari, colleghi, rappresentanti di enti o organizzazioni, conoscenti stretti che frequenta abitualmente?

NO SI: riporto a seguire i soggetti terzi a cui mi riferisco:

Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che **potrebbe essere** percepita da eventuali osservatori come in grado di interferire indebitamente sulla funzione da lei svolta, anche se in realtà ciò non accade?

NO SI: riporto a seguire gli aspetti o circostanze a cui mi riferisco:

È titolare di cariche o di incarichi o svolge attività professionali presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione?

NO SI: riporto a seguire la carica e/o l'incarico e/o l'attività professionale e l'ente di diritto privato regolato o finanziato dalla pubblica amministrazione a cui mi riferisco:

Il/La sottoscritto/a dichiara che se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederà a informare prontamente il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'OPI di Roma Giuseppe Amici e a compilare e trasmettere al RPCT un nuovo modulo di dichiarazione che descriverà le modifiche verificatesi successivamente a questa dichiarazione. Inoltre esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196, modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018 e del GDPR 2016/679 – Regolamento Europeo sulla Protezione Dati, per gli adempimenti connessi alla presente dichiarazione.

Luogo Roma.....

Data 07 / 10 / 2024

Firma.....
(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445).