



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

MODELLO D

A CURA DELLA STRUTTURA CHE CONFERISCE L'INCARICO

(PER CONSULENTI/COLLABORATORI/COCOCO ESTERNI anche
COMPONENTI DEL COLLEGIO SINDACALE, OIV E COMMISSARI DI CONCORSI)

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA
TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI
O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI
(art. 15, comma 1, lett. c), D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.)**

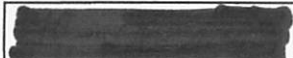
Il/La sottoscritto/a

TEMPO SERAIO

nato/a a



il (gg/mm/aaaa)



con riferimento all'incarico di

consulente/ collaboratore /altre tipologie

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

DICHIARA

☒ di NON avere incarichi e/o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

oppure

☐ di avere i seguenti incarichi e/o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Incarico e/o cariche rivestite	Ente	Data conferimento e cessazione incarico	Compensi percepiti

☐ di NON svolgere attività professionali

oppure

☒ di svolgere le seguenti attività professionali:

Ente presso il quale svolge la prestazione professionale	Periodo di svolgimento della prestazione	Oggetto della prestazione	Compensi
REGIONE TOSCANA	01-01-23- 31-12-27	REVISORE	60000,00
CONSORZIO Unica Cte.	17-01-25- 16-04-28	V	14000,00

☐ di NON svolgere libera professione

oppure

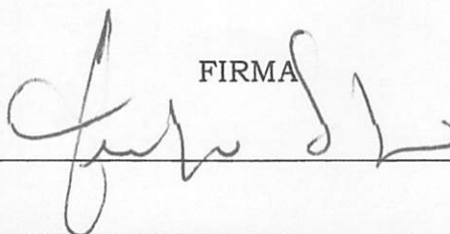
☒ di svolgere libera professione.

- **Dichiaro di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per i fini di pubblicità e trasparenza previsti dalla normativa vigente (la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito Internet aziendale).**
- **Sul mio onore affermo che la presente dichiarazione corrisponde al vero**
- **Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata**

Luogo, data

CROTONE 03-12-2025

FIRMA



VERIFICA INSUSSISTENZA SITUAZIONI DI CONFLITTO INTERESSI (art. 53, comma 14, D.Lgs. n.ro 165/2001) da parte del RESPONSABILE SERVIZIO /STRUTTURA

Il Responsabile del Servizio/Struttura U.O.C. AFFARI GENERALI, LEGALI.. (che conferisce l'incarico di collaborazione) dott. AVV. GIULIA FERRANTE acquisita la presente dichiarazione sostitutiva di certificazione da parte del Collaboratore/Consulente/Altre tipologie dott. SERGIO TEMPO - GIUSTA DESIGNAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE CON PROVVEDIMENTO PROT. 0024446-P DEL 23.09.2025.

ATTESTA

Che per quanto a sua conoscenza, dopo aver effettuato le possibili verifiche su quanto dichiarato dal consulente, non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interessi (art. 53, comma 14, D.Lgs. n. 165/01)

Crotone, li
Timbre & Firma
**U.O.C. AFFARI GENERALI,
LEGALI E ASSICURATIVI**
IL DIRETTORE
Avv. Giulia Ferrante