

**Dichiarazione di assenza di conflitto di  
interessi, di inconferibilità ed  
incompatibilità all'assunzione dell'incarico**

---

Il/la sottoscritto/a **ANTONELLA VALERI** nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice fiscale  
\_\_\_\_\_

Per l'incarico: **DIRETTRICE AMMINISTRATIVA ISPRO**

Consapevole che:

- è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dalla Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71/75 del D.P.R. n. 445/2000);

**VISTI**

D.Lgs. n. 165/2001, L. n. 190/2012, D.Lgs. n. 39/2013, D.P.R. n. 62/2013, Codice etico e di comportamento dei dipendenti dell'Istituto, Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO)

**DICHIARA**

- **di non svolgere** incarichi o avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, se si specificare:

*Ente/Società* \_\_\_\_\_ *tipo di incarico* \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

*Ente/Società* \_\_\_\_\_ *tipo di incarico* \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- **di non svolgere** attività professionali, se si specificare: \_\_\_\_\_

- **di non avere** nel corso degli ultimi tre anni rapporti di collaborazione o consulenza, o comunque denominati, in qualunque modo retribuiti, se si specificare: \_\_\_\_\_

- **di non detenere** partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari che possono porre in conflitto di interessi con la funzione svolta, se si specificare: \_\_\_\_\_

- che parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente **non esercitano attività politiche, professionali o economiche** che li pongano in contatti frequenti con la struttura organizzativa che il Responsabile di struttura o P.O. dovrà dirigere o sono coinvolti nelle decisioni e nelle attività inerenti la struttura medesima, se si specificare: \_\_\_\_\_

- **di non aderire e di non appartenere** ad associazioni e/o organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi siano coinvolti o possano interferire con lo svolgimento

dell'attività dell'Istituto, se si specificare: \_\_\_\_\_

- che non sussistono le seguenti cause di **inconferibilità** all'incarico:

- aver subito una condanna per reati contro la pubblica amministrazione anche con sentenza non passata in giudicato;
- aver svolto, nei 2 anni precedenti, incarichi e/o aver ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale o di aver svolto attività professionali a favore di questi ultimi;

**Dichiarazione di assenza di conflitto di  
interessi, di inconferibilità ed  
incompatibilità all'assunzione dell'incarico**

---

- essere stato candidato, nei 5 anni precedenti, in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendono il territorio dell'asl ( art. 8 comma 1 del D.Lgs n. 39/2013);
  - nell' anno precedente aver esercitato la funzione di parlamentare;
  - nei 2 anni precedenti aver esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di ministro, vice ministro, sottosegretario nel ministero della salute o in altra amministrazione dello stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza, o finanziamento del servizio sanitario nazionale;
  - essere stato, nei 3 anni precedenti, componente della Giunta o del Consiglio Regionale interessato e/o di non aver avuto incarichi di amministratore di ente pubblico o di ente diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale;
  - essere stato, nei 2 anni precedenti, componente della Giunta o del Consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio dell'asl (art. 8 comma 5 del D.Lgs n. 39/2013);
- che non sussistano per se stesso per il coniuge o per parenti o affini entro il secondo grado le seguenti condizioni che determinano situazione di **incompatibilità**:
- avere un incarico o una carica in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSN;
  - svolgere in proprio un'attività professionale regolata o finanziata dal SSN;
- che non sussistano per se stesso le ulteriori seguenti condizioni che determinano situazione di incompatibilità:
- aver in essere la carica di componente di organi di indirizzo politico e cariche in enti pubblici a controllo pubblico.

**DICHIARA ALTRESÌ**

di essere a conoscenza che:

- per **inconferibilità** si intende la preclusione permanente o temporanea al conferimento dell'incarico;
- per **incompatibilità** si intende l'obbligo del soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 gg., tra la permanenza dell'incarico e una delle cause di incompatibilità;
- per **conflitto di interessi reale** si intende quando un interesse secondario di una persona tende ad interferire con l'interesse primario dell'amministrazione verso cui si hanno doveri e responsabilità;
- il **conflitto di interessi potenziale** si verifica quando gli interessi privati potrebbero, con ragionevole probabilità, far sorgere un conflitto di interessi nel caso in cui si dovessero assumere in futuro ruoli o incarichi o posizioni che comportino decisioni o giudizi.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto di lavoro con l'Istituto successive alla presente dichiarazione.

Firenze, 30/06/2025

Il Dichiarante

*Antonella Valeri*

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Firenze, 30/06/2025

Il Dichiarante

*Antonella Valeri*

**LA DICHIARAZIONE IN COPIA ORIGINALE FIRMATA E' AGLI ATTI  
DELLA S.S. PERSONALE ISPRO**