



DICHIARAZIONE DATI PER ATTIVITÀ DI DOCENZA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto/a ROSSINI MAGDA

Tel. _____

codice fiscale : _____

e-mail _____

- di essere nato/a il _____ città _____ prov. _____
- di essere residente in via _____ nr. _____
- _____ C.A.P. _____ città _____ prov. _____

IN CASO DI SOCIETÀ :

- in qualità di _____ dell'Azienda _____
- Sede Legale _____

di essere titolare del seguente numero di partita IVA _____

- di essere dipendente del seguente Ente pubblico privato: _____

N.B. Ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs 165/2001, i dipendenti di Enti pubblici o Amministrazioni dello Stato devono allegare l'autorizzazione rilasciata dal proprio Ente a collaborare con l'ATS di BG (restano escluse dall'obbligo le categorie indicate al comma 6 dello stesso articolo).

COORDINATE BANCARIE

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI FATTURAZIONE DIRETTA AL DOCENTE O ALLA SOCIETÀ

DICHIARA di ottemperare alle disposizioni di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136, "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia", con particolare riferimento all'articolo 3 della citata legge, ed a tal fine comunica gli estremi identificativi del c/c bancario dedicato in via non esclusiva alle commesse pubbliche:



Accredito su c/c bancario: indicare gli estremi del c/c dedicato ex art. 3, Legge n. 136/2010 comprensivo di generalità e codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso **COORDINATE BANCARIE IBAN:**

ID NAZ

CHECK

CIN

ABI

CAB

NUMERO CONTO

Personale delegate ad operare sul c/c indicato

Nome e Cognome	Codice Fiscale	Nato il
Luogo di nascita	Carica	
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Nato il
Luogo di nascita	Carica	


**RACCOLTA DATI PER LA TRASMISSIONE DEGLI ORDINI TRAMITE NSO/NRO
(DA NON INDICARE IN CASO DI PRESTAZIONE OCCASIONALE O SE GIÀ COMUNICATI)**

Dati per il recapito degli ordini elettronici		Contatto	
Canale di ricezione	Codice Identificativo del canale	Indirizzo e-mail	Contatto telefonico

Pec

DICHIARAZIONE DI TITOLARITA' DI POSIZIONE FISCALE E PREVIDENZIALE

Il sottoscritto dichiara sotto la propria personale responsabilità:

1. INCARICO PROFESSIONALE: (N.B: le opzioni sono in alternativa tra loro, sceglierne una sola)

- a. di essere titolare del seguente numero di partita IVA _____
- b. di avvalermi ai fini del calcolo delle imposte sui redditi del seguente regime fiscale:

- ☒ 1. regime ordinario
- ☐ 2. regime forfettario

Compenso lordo pattuito € 2.051,41 (di cui imponibile € 1.681,48, IVA € 369,93)

2. INCARICO OCCASIONALE: (con riferimento ai redditi percepiti anno 2023)

☐ di non essere soggetto/a al regime contributivo Inps perché trattasi di prestazione occasionale;

☐ di essere soggetto al regime contributivo Inps pur svolgendo una collaborazione occasionale avendo **già percepito** per l'anno in corso un importo totale derivante da prestazioni occasionali superiore a 5.000,00 Euro.

(indicare se aliquota ☐ 24,00% ☐ 25,75% ☐ 33,72% ☐ 34,23%)

(Qualora si superi l'importo di 5.000,00 Euro con il presente incarico, si dichiara la cifra già percepita per collaborazioni occasionali: _____ Euro).

Compenso lordo pattuito € _____

N. B. In fattura devono essere indicati gli estremi del nostro ordine di acquisto, qualora emesso.

VALIDITA' DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì a comunicare entro 30 giorni al sostituto ogni variazione che dovesse comportare la perdita del diritto alle detrazioni richieste e la modifica di tutte le informazioni fornite utili al rapporto di sostituzione d'imposta sollevando da qualsiasi responsabilità il sostituto d'imposta. Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che la presente, ai sensi dell'art.23 del DPR 600/1973, perderà ogni validità al termine dell'esercizio dichiarato.

ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI

In qualità di	Docente/Relatore	Resp. Scientifico	Tutor X
all'interno dell'iniziativa formativa aziendale organizzata dall'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo			
Evento/i Formativo/i (titolo/i) Corso Medici di Medicina Generale triennio 2019/2022			
Previsto/i in data:			
Edizione (se più edizioni) n.			

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 della L. 25.11.2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di conflitto di interessi:

- ☒ l'assenza di conflitto d'interessi rispetto all'evento, di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale e che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- ☒ di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno dell'Agenzia e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;
- ☒ di non aver usufruito per più di 2 volte nell'arco dell'anno in corso del contributo per il rimborso spese per partecipazione a eventi formativi esterni dallo stesso sponsor.

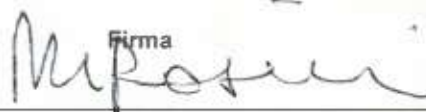
☐ che sussistono rapporti economici rilevanti con l'azienda commerciale" * sponsor dell'evento stesso (1)

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o compartecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente /relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.

Ho preso visione nel sito web aziendale di ATS Bergamo (www.ats-bg.it) del documento "INFORMATIVA AI LAVORATORI RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" sulle modalità di trattamento dei dati inseriti nel presente documento, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data
8/8/2024

Cod. Reg. 26361	Dr.ssa MAGDA ROSSINI MEDICO CHIRURGO Via Marconi, 69 SCANZOROSCIATE (BG) Tel. 035.663156
---------------------------	--

Firma


Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.