



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**Conflitto di interessi**

Cognome	Maglione
Nome	Wanda
Data di nascita	14/10/1973
Comune di nascita	Napoli
Tipologia di contratto intercorrente con l'ASST G. Pini-CTO	X Contratto di collaborazione coordinata e continuativa <input type="checkbox"/> Incarico professionale in regime di partita IVA <input type="checkbox"/> Incarico di collaborazione occasionale

Consapevole della responsabilità penale che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. nn. 46 e n. 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:

**DICHIARA**

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi ai sensi del D. Lgs. n. 165/2001, art. 53, comma 14.

Milano, li 5/12/19

Il/La Dichiarante

*Wanda Maglione*

La presente dichiarazione è pubblicata sul sito internet dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi del D. Lgs. 165/2001, art.53, co 14 e del D. Lgs. n.33/2013.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DATI RELATIVI ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI E/O CARICHE**

(ai sensi dell'art.14, comma 1, lett. C, del D.Lgs. n. 33/2013 così come modificato dal D. Lgs 97/2016)

Cognome	Maglione
Nome	Wanda
Data di nascita	14/10/1973

Consapevole della responsabilità penale che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. nn. 46 e n. 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:

**DICHIARA**

SVOLGIMENTO DI INCARICHI O TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI.			
Incarico	Ente	Periodo	Compenso (lordo)

Eventuali annotazioni \_\_\_\_\_

Milano, li 5/12/19

Il/la dichiarante

Wanda Maglione