



Ordine delle Professioni Infermieristiche – Roma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(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 GENNARO ROCCO
nato/a a RIANNO prov. di CT il 14-08-56

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
☐ Presidente Polo CECRI ☒ Direttore scientifico CECRI ☐ Coordinatore scientifico CECRI
☐ Direttore Polo CECRI ☐ Dipendente ☐ Collaboratore/Fornitore/Consulente
☐ Altro (specificare) _____

DICHIARA

- 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 dal in 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 commerciale, 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 commerciale, assunti presso l'OPI di Roma che potrebbe venire meno in conseguenza degli interessi in causa.

In caso di interessi personali o professionali in contrasto o che potrebbero essere in contrasto con l'imparzialità e l'indipendenza a lei richiesta compili anche gli item a seguire:

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:

*Rivisto il ruolo di direttore del Corso di Laurea in Infermieristica
e di laurea Magistrale in Scienze Inf-cliniche svolte nella
sede di Castel Volturno, sede convenzionata con l'Univ. di Tor Vergata.
Il mio rapporto è però con l'Unità Grande Ospedale.*

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 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 *27/05/2023*

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