



MINISTERO DELLA SALUTE

Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale Sangue

Via Giano della Bella, 27
00162 Roma
Tel: 06 4990 4953 / 4954
Fax: 06 4990 4975
E-mail: cns@iss.it

Dichiarazione per l'affidamento di incarico, collaborazione o consulenza presso il Centro Nazione Sangue - ISS

Il sottoscritto **Silvano Milani**
nato a **Milano**..... Il **12/10/1951**.....
e residente in **PAVIA** **Via C. Goldoni, 7**
Cod. Fiscale **MLNSVN51R12F205L**..... in relazione all'incarico da conferire da parte dell'Istituto

DICHIARA

- di **non svolgere**, nel periodo di vigenza del rapporto con il CNS-ISS, alcuna attività lavorativa/professionale e di non avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;
- di **svolgere**, nel periodo di vigenza del rapporto con il CNS-ISS, le attività lavorative/professionali e/o di avere, in pari tempo, la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, come di seguito indicate:

ATTIVITÀ/INCARICO	SOGGETTO	PERIODO DI RIFERIMENTO
professore ordinario di ruolo	Università degli Studi di Milano	maggio-agosto 2015

Dichiara altresì che ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001

- di **non avere**, direttamente o per interposta persona, interessi economici in enti, imprese e società che operano nei settori oggetto degli interventi del CNS-ISS;
- che **non sussistono** pertanto situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in relazione alle attività svolte.

Si autorizza il Centro Nazionale Sangue - Istituto Superiore di Sanità a trattare, nonché a pubblicare sul proprio sito istituzionale ove previsto, i dati contenuti nella presente dichiarazione ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

La medesima dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Data...**9/9/2015**.....

Il Dichiarante

.....
(Firma per esteso e leggibile)