



Nome e Cognome: Claudio Vagnini

Ruolo: Direttore Generale Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena

Data dichiarazione: 15/05/2023

## COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI

### Modulo 1

Il presente modulo, reso ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, rivolto a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico e aggiornato annualmente.

N.B. vanno escluse tutte le attività che sono state oggetto di precedente comunicazione o autorizzazione da parte dell'Azienda, anche ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 (incarichi extra impiego, attività in convenzione, sperimentazione sottoposta a parere del Comitato Etico e autorizzata dal DG, ecc.)

**D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 4, comma 4; LR 9/2017 art. 5, comma 1 lett. d):**

DICHIARO di avere avuto negli ultimi 3 anni rapporti, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti

SI  NO

Se SI compilare il modulo qui sotto (uno per ogni soggetto)

Denominazione soggetto esterno:	
Descrizione del rapporto:	
Data inizio:	
Data fine (se non compilato il rapporto si considera ancora attivo):	
Impegno orario settimanale/mensile (specificare):	

Tipologia di rapporto <sup>1</sup> :	
Indicare retribuzione complessiva del rapporto o annuale se rapporto ancora in corso.	
Indicare importo pari 0 se rapporto non retribuito:	
Eventuali benefici goduti, direttamente o indirettamente:	
Dichiaro inoltre che, io sottoscritto o un parente/affine entro il 2° grado o il coniuge/convivente del sottoscritto ho/ha tutt'ora rapporti finanziari con il soggetto esterno indicato: (SI/NO)	
Dichiaro che il predetto soggetto esterno, per quanto a mia conoscenza, ha interessi in attività o decisioni inerenti il servizio di mia assegnazione, per le pratiche a me affidate: (SI/NO)	
Dichiaro di possedere i seguenti brevetti/altre forme di proprietà intellettuale, per una valutazione da parte dell'Azienda sui potenziali conflitti di interesse in riferimento alle attività aziendali:	

## COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI

### Modulo 1bis

Il presente modulo, reso ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, rivolto solo al personale della Dirigenza e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato PRIMA di assumere le funzioni e aggiornato annualmente.

**D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 12, comma 3 e LR 9/2017:**

**DICHIARO di avere partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari che possono pormi in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolgo**

SI  NO

Se SI, compilare una tabella per ogni adesione ad associazioni-organizzazioni

Denominazione della società o soggetto esterno:	
Partecipazione azionaria (SI-NO)	
Interesse finanziario: (SI-NO)	
Descrizione:	

<sup>1</sup>Lavoro subordinato (1) Lavoro a tempo determinato (2) Lavoro a tempo parziale (part time) (3) Contratto di somministrazione (4) Lavoro intermittente (a chiamata) (5) Lavoro a progetto (6) Contratto di apprendistato (7) Stage / tirocinio (8) Praticantato (9) Libera professione (10) Altro (11) Prestazione occasionale (12)



## Dichiarazione attività politiche, professionali servizio

DICHIARO di avere parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongono in contatti frequenti con l'ufficio che dovrò dirigere o che sono coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio

SI  NO

## COMUNICAZIONE ADESIONE APPARTENENZA ASSOCIAZIONE ORGANIZZAZIONE

### Modulo 2

*Il presente modulo, rivolto a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti, deve essere compilato tempestivamente nel caso di appartenenza ad associazione od organizzazione i cui gli ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, nonché quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute. In ogni caso, è vietata l'adesione o l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni con la previsione di un corrispettivo e/o compenso, ferma restando la possibilità di effettuare attività extra-istituzionali secondo le modalità previste dalla normativa vigente (D.Lgs 165/2001 art. 54 e Codice Comportamento aziendale art. 6, comma 2-3)*

COMUNICO di aderire o partecipare ad associazione od organizzazione, anche senza fini di lucro, specificando il ruolo ricoperto, i cui ambiti di interessi possono interferire con lo svolgimento dell'attività del servizio di appartenenza, nonché quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute (il dovere di comunicazione non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati)

SI  NO

Se SI, compilare una tabella per ogni adesione ad associazioni-organizzazioni

Denominazione associazione od organizzazione:	
Tipologia di attività dell'associazione od organizzazione:	
Appartenenza ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute: (SI/NO)	
Data adesione:	
Data fine (da compilare al termine del rapporto con l'associazione od organizzazione):	



Impegno annuale (stima n. giorni alla settimana, mese, ecc.):	
Descrizione ruolo:	
Retribuzione:	

**Claudio Vagnini**

r\_emiro.Giunta - Prot. 15/05/2023.0476866.F Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da VAGNINI CLAUDIO

**Direzione Generale**  
Via del Pozzo, 71 - 41124 Modena  
T.+39.059.422.2210 - F.+39.059.422.2369  
email: direttore.gen.seg@aou.mo.it

**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena**  
Sede legale: Via del Pozzo, 71 - 41124 Modena  
T.+39.059.422.2111 - F.+39.059.422.4905  
Partita IVA 02241740360 - www.aou.mo.it