



OPI Trieste

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trieste

Spett.le

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trieste

Via Carducci, 22

34125 TRIESTE

Oggetto: Dichiarazione ex art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. 33/2013 e assenza di conflitto d'interesse.

Il/La sottoscritto/a MICHELE GRISARI nato/a a [REDACTED] il [REDACTED] residente a [REDACTED] in Via [REDACTED], Codice Fiscale [REDACTED]

- in riferimento all'incarico di DPO;
- vista la normativa in oggetto;

DICHIARA

☐ di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

oppure

☒ di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Soggetto conferente	Tipologia incarico/attività prof.le	Periodo di riferimento
AZ. PUBBL. SERV. PERSONA ARBITRO DUSIO	DPO	2026
IST. REG. RISTORANTE PER I GIOCHI	DPO	2026
OPI FORLIZIA	DPO	2026

☒ di NON avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

oppure

☐ di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

Soggetto conferente	Tipologia incarico/attività prof.le	Periodo di riferimento

DICHIARA ALTRESÌ

- ☒ che non sussistono relazioni di parentela, affinità, convivenza o situazioni di conflitto di interesse con dirigenti/amministratori dell'Ente;
- che in caso di presenza di conflitto di interesse ha comunicato contestualmente le ragioni con separata informativa a mezzo PEC.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

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 Trieste

Data 19/01/2026

Firma [Signature]



OPI Trieste

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trieste

COMPILAZIONE A CURA DELL'ORDINE

Monitoraggio effettuato in data _____ da parte di _____, mediante:

Firma