

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI
ANCHE POTENZIALI DI CONFLITTI DI INTERESSI**

Art.53, comma 14, del decreto legislativo n.165/2001

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 165/2001
"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche",

SI ATTESTA

Che, sulla base di quanto dichiarato dalla Dot.ssa Elisa MATTIUSI non sussistono, allo stato attuale, situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse per il conferimento dell'incarico di collaboratore a tempo determinato, a titolo oneroso, per l'attività di specialistica di psichiatria, per l'anno 2025, salvo ulteriori accertamenti.

Si dà altresì atto che la predetta si è impegnata a comunicare tempestivamente all'Arma dei Carabinieri eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere successivamente al conferimento dell'incarico.

Data. 27/03/2025.....

.....
Firma del dichiarante



SI CERTIFICA

che la sig.ra **MATTIUSSI ELISA**, nata a **Udine (UD)** il **16/11/1979**, ha conseguito presso questa Università degli Studi la Specializzazione in **PSICHIATRIA (Ante Riforma)**, nel giorno **21/03/2012**, con punti **70 su 70 e lode**.

L'interessata è stata immatricolata nell'anno accademico **2007/2008** in data **17/03/2008**.

Si certifica inoltre che l'interessata è stata iscritta nei seguenti anni accademici:

A.A.	ATENEEO	FACOLTÀ/DIPARTIMENTO	CORSO DI STUDI	ANNO CORSO
2007/2008	Università degli Studi di UDINE	Facoltà di MEDICINA E CHIRURGIA	Scuola di specializzazione in PSICHIATRIA	1° in corso
2008/2009	Università degli Studi di UDINE	Facoltà di MEDICINA E CHIRURGIA	Scuola di specializzazione in PSICHIATRIA	2° in corso
2009/2010	Università degli Studi di UDINE	Facoltà di MEDICINA E CHIRURGIA	Scuola di specializzazione in PSICHIATRIA	3° in corso
2010/2011	Università degli Studi di UDINE	Facoltà di MEDICINA E CHIRURGIA	Scuola di specializzazione in PSICHIATRIA	4° in corso

Si dichiara infine che la durata legale del corso di studi è di *quattro anni accademici*.

Il suddetto titolo è stato conseguito fino all'anno accademico **2005/2006** compreso secondo le modalità previste dal decreto legislativo n. 257 dell'8 agosto 1991 ed a partire dall'anno accademico **2006/2007** secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 368 del 17 agosto 1999 e successive modifiche.

Si rilascia in carta libera a richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalle vigenti leggi. Il presente certificato può essere utilizzato esclusivamente in originale e non in copia. Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi, a norma della legge 183/2011 all'art.15.

I dati del presente certificato sono ricavati dall'archivio informatizzato del servizio studenti di questa Università degli Studi.

Riporta, al posto delle firme autografe, l'indicazione a stampa dei nominativi dei responsabili del rilascio, ai sensi dell'art. 3 del decreto legislativo 12 febbraio 1993 n. 39.

L'Addetto al rilascio
Oriana Sgrazutti

Il Capo Area
Dott. Francesco [REDACTED]

DICHIARAZIONE RELATIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art.15, co.1, let. C), del D.Lgs. n.33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000)

Il sottoscritto.....
Nato a.....(.....), il....., residente a.....
(.....), via/piazza.....n.....
Codice fiscale....., con attività professionale di.....
....., presso.....

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR n.445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1	RGT 18° CC MORIATO	PSICHIATRO
2	LEGIONE CC CO	PSICHIATRA
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data.....15/10/2024.....

.....
Firma del dichiarante