

**Al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – ASL 8 Cagliari**

**Ospedale Marino, Viale Lungomare Poetto n. 12, 09126 - Cagliari**

[***rpct@aslcagliari.it***](mailto:rpct@aslcagliari.it)

**Oggetto:** **Proposte/suggerimenti/osservazioni per l’aggiornamento/eventuali modifiche della sottosezione del PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione) relativa alle misure in materia di Prevenzione della Corruzione e di Trasparenza per l’anno 2024.**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(cognome e nome)*  in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  | | --- | | *(specificare la tipologia del soggetto portatore di interesse e la categoria di appartenenza:*  *es.: organizzazioni sindacali rappresentative, enti o associazioni, altro.)* | |

*Formula le seguenti osservazioni/proposte per l’aggiornamento 2023-2025 della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell’Azienda ASL n. 8 di Cagliari*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(per ogni proposta indicare le motivazioni)*

*Si allega copia del documento di Riconoscimento in corso di validità*

|  |
| --- |
| Si prende atto che l’Azienda ASL n. 8 di Cagliari , in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (Codice Privacy).  Contestualmente si dichiara di aver letto l’*Informativa agli utenti* (ex art. 13 del Reg. UE 2016/679) *allegata al presente modulo* |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_