



Prot. _____

Oggetto: incarico di collaborazione/consulenza _____

Dichiarazione di assenza di conflitti d'interessi
(ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.LGS. 165/2001)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a CATANZARO, residente a CATANZARO
in via LENZA N. 72, Codice Fiscale GLTLRD49M10C352P

Dichiaro

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Azienda Sanitaria Provinciale;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Ente;
- di accettare le condizioni contrattuali previste nel disciplinare l'incarico;
- di aver preso piena cognizione del Codice di Comportamento Aziendale adottato con Delibera del D.G. n. 35 del 29.01.2014.

 FIRMA

Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse

(Art. 53 D.LGS. n. 165/2001 come modificato dalla legge 190/2012)

Il responsabile dell'U.O. _____

Visto l'art. 53 del D.LGS. n. 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012, che prevede che il conferimento di ogni incarico sia subordinato all'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse;

Visto il curriculum, nonché la dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi per lo svolgimento dell'incarico affidato resi, ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.LGS. n. 165/2001 del Sig./Sig.ra _____

Attesta

l'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 53 D.LGS. n. 165/2001, come modificato dalla legge 190/2012.

La presente attestazione è pubblicata sul sito istituzionale e viene, altresì, trasmessa al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il Dirigente _____ / Responsabile dell'U.O.