

**Dichiarazione sull'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse**

Io sottoscritto/a CHIARA DI GIACOMO

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art.76 DPR 445 del 28/12/2000,

DICHIARO

- di non trovarmi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse per l'assunzione dell'incarico di medico convenzionato;
- di impegnarmi a segnalare all'Istituto l'eventuale, futura insorgenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Data

03-01-17

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.