

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

Io sottoscritto/a ACATPA OLGA

nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]

CF [REDACTED]

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 ESERNO ;
- di impegnarmi a segnalare all'Istituto l'eventuale, futura insorgenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Luogo e data

PARMA 21/12/2017

Firma

[REDACTED]

**Autentica della firma  
(art. 21 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Io sottoscritto [REDACTED] funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di Parma attesto che la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa ACATPA OLGA, identificato mediante documenti personali previa ammonizione fatta al dichiarante sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.

Luogo e data Parma 21.12.2017

Firma [REDACTED]