

Dichiarazione sull'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013

Io sottoscritto/a MARA TROBBIANI

nato/a a _____

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 DI CATEGORIA ANHIC PRESSO CHL SEDE INPS DI ASCOLI PIENO

di non ricoprire alcun incarico/carica in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

ovvero

– di ricoprire i seguenti incarichi/cariche

_____;

– di non svolgere alcuna altra attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di

MEDICO DELLO SPORT

_____;

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

Data

27/06/2018

Firma:

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.