

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE
E DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ**

(ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dall'art. 1 comma 42
lettera h - L. 190/2012 e dall'art. 20 del D.Lgs. 39/2013)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale _____ P.IVA _____

in relazione al seguente incarico _____

DICHIARA

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

- Che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'Istituto Comprensivo di Medicina, ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012
- Che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse dell'Istituto Comprensivo di Medicina.
- Di prestare l'attività professionale di _____

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

AUTORIZZA

La pubblicazione dei presenti dati sul sito web dell'Istituto Comprensivo di Medicina.

Data _____ Firma _____