

**Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse nell'espletamento
dell'incarico conferito**

Il/La sottoscritto ROSSI VALERIO in possesso del seguente titolo di studio SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO titolo conseguito presso UNIVERSITA' di VERONA in data 20.10.2000 in qualità di soggetto abilitato alla prestazione dell'incarico professionale di MEDICO COMPETENTE,

visto l' art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.e.i;

visto il D. Lgs. 8 aprile 2013 n. 39;

visto l'art. 42 del D. Lgs. N. 50/2016;

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia

DICHIARA

di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Data 03.07.2023

Firma

Dott. VALERIO ROSSI
MEDICO CHIRURGO
Specialista in Medicina del Lavoro

