

**Oggetto : Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse - affidamento incarico di collaborazione/consulenza**

✓/La sottoscritto/a..... BELLOTTI BILMA  
nato/a a..... PAVIA  
il 30.04.1966 e residente in..... LUNGAVILLA (PV)  
Via..... ROMA.....; N. 34  
Codice Fiscale..... BLL LNB 66 D 70 G 388 W  
professione..... FARMACISTA  
In qualità di..... FARMACISTA  
alla data del..... 25.01.2018  
per l'incarico di..... FARMACISTA

Vista l'allegata normativa in materia, qui richiamata, sulle situazioni anche potenziali, di conflitto d'interesse

**DICHIARA**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.e.i, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, per proprio conto **l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.**

In fede.

Data..... 25.01.2018

Firma..... Alfio Bellotti