

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

Il/La sottoscritto/a..... DI LOLLO SARA .....

nato/a a..... SONDRIO .....

il 01/07/86 e residente in..... SONDRIO .....

Via..... TOTI .....; N. 63 .....

Codice Fiscale..... DLLSRA86L41I829B .....

professione..... MEDICO CHIRURGO .....

In qualità di..... MEDICO CHIRURGO .....

alla data del..... ~~24/02/2017~~ 1/01/2017 .....

per l'incarico di..... MEDICO DI GUARDIA .....

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..... 24/02/2017 .....

Firma..... Sara Di Lollo .....