

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

Il/La sottoscritto/a..... GEROLAMO DIEGO .....

nato/a a..... LOVERE (BG) .....

il 01-07-1948 e residente in PAVIA .....

Via..... Bianca Visconti .....; N. 18 .....

Codice Fiscale..... GRLDGI48L01E704J .....

professione..... MEDICO .....

In qualità di..... MEDICO .....

alla data del..... 1-1-2017 .....

per l'incarico di..... MEDICO HOSPICE .....

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..... 14-02-2017 .....

Firma..... [firma] .....