

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

Il/La sottoscritto/a..... IRENE DEGLI AGOSTI
nato/a a..... PONTE DELL'OLIO
il 29.11.18 e residente in..... PAVIA
Via..... MIRABELLO 5.....; N..... 5
Codice Fiscale..... DGLRNI80S696P42Y
professione..... MEDICO FISIATRA
In qualità di..... MEDICO FISIATRA
alla data del..... 02-01-2018
per l'incarico di..... MEDICO FISIATRA

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..... 29.1.18

Firma..... Irene degli Agosti