

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

Il/La sottoscritto/a MAURIZIO NASO  
nato/a a GARBAGNATE VECCHIE (MI)  
il 25-8-1964 e residente in TRADATE (VA)  
Via Fiume; N. 6  
Codice Fiscale NSA MRE 64 M 25 D 912 K  
professione MEDICO  
In qualità di MEDICO DIETISTA  
alla data del 1.1.2018  
per l'incarico di MEDICO DIETISTA

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 30-1-18

Firma Maurizio Naso