



Istituto Romano di San Michele

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO D'INTERESSE
AFFIDAMENTO INCARICO DI COLLABORAZIONE/CONSULENZA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ___/___/_____ (Codice
Fiscale _____) e residente in _____
Via _____ n. _____,
professione _____
per l'incarico di _____

vista la normativa in materia 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.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,**

IMPEGNANDOSI

a comunicare tempestivamente all'IRSM l'insorgenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, così come regolamentato dal "Codice di Comportamento ed Etico dei dipendenti dell'ASP Istituto Romano di San Michele" pubblicato nella sottosezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

Data e luogo _____

Firma
