

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO D'INTERESSE - AFFIDAMENTO INCARICO DI
COLLABORAZIONE/CONSULENZA
(ai sensi degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000)**

Il sottoscritto PASQUINI GIORGIO nato a _____ il _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

professione _____

In qualità di consulente _____

alla data del 13/12/2019 e per tutto il periodo dell'incarico – 01/01/2020 – 31/03/2020

di attività di consulenza _____ presso le strutture residenziali e semi residenziali dell'ASP
Firenze Montedomini;

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.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** e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi dstativi.

Dichiara inoltre

- di conoscere e rispettare il vigente codice di comportamento dell'ASP Firenze Montedomini (al seguente link: http://www.montedomini.net/atti_generali/C/Regolamenti_Aziendali-4/)

In fede.

Data 13/12/2019.

F. to
Dott. Giorgio Pasquini