

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

Il sottoscritto GIORGIO PASQUINI nato a \_\_\_\_\_ ) il

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

professione Medico

In qualità di CONSULENZA,

alla data del 01/04/2020 e per tutto il periodo dell'incarico libero-professionale per attività di consulenza come medico specialista per le strutture 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 ostativi.

**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/](http://www.montedomini.net/atti_generali/C/Regolamenti_Aziendali-4/))

*In fede.*

Data 01.04.2020

F.to  
Dott. Giorgio Pasquini

Firma