



Istituto Romano di San Michele

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

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

Il sottoscrittoMANCINELLA ANGELO.....
nato aOMISSIS.....
il OMISSIS e residente in OMISSIS
Via..... OMISSIS N. ... OMISSIS ...
Codice Fiscale OMISSIS
professione.....MEDICO CHIRURGO.....
In qualità diRESPONSABILE RSA..... ,

alla data del ...9 – 9 - 2020.....

per l'incarico di RESPONSABILE RSA
.....
.....

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.**

In fede.

Data ...23/09/2020...

Firma.....ANGELO MANCINELLA.....

L'originale della presente dichiarazione è detenuta dall'Ufficio competente per la specifica materia.