



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/la sottoscritto/a..... ANGELO MANCINELLI
nato/a aOMISSIS.....
ilOMISSIS..... e residente inOMISSIS.....
Via.....OMISSIS..... N.
Codice FiscaleOMISSIS.....
professione..... MEDICO-CHIRURGO
In qualità di MEDICO RESPONSABILE

alla data del
per l'incarico di MEDICO RESPONSABILE
.....
.....

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 14.12.2022

Firma..OMISSIS.....