



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.....