



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 GAETANO TIZZANO nato/a a ..... il ..... e residente in ..... Via .....  
omissis. Codice Fiscale ..... omissis. , professione MEDICO

In qualità di COLLABORATORE ESTERNO DELL'IRSM,

alla data del 14.09.2022

per l'incarico di MEDICO RESPONSABILE DELL'ASP ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE INCARICO  
AFFIDATO CON DETERMINA 594/2022

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 14.09.2022

Firma .....

..... omissis.....