

Al Dott. Paolo Spuri
Via Etruria, 8
00053 Civitavecchia (Roma)

Il sottoscritto.....PAOLO SPURI.....

in relazione al conferimento dell'incarico professionale di Medico del Lavoro

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

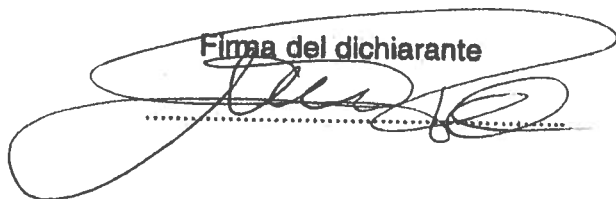
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con la Civitavecchia Servizi Pubblici srl
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza e/o di collaborazione nell'interesse dell'ente;
- di aver preso piena cognizione delle clausole previste dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, emanato con d.p.r. 16 aprile 2013, n. 62 e dal Codice etico di Ateneo approvato con d.r. n. 254 del 7.05.2012 (in caso di dipendente pubblico)

Il sottoscritto si impegna, nel caso in cui si verificano variazioni della propria situazione sopra indicata, a darne immediata comunicazione alFORNITR.DS.....(CSP)

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del reg. UE 2016/679 (GDPR) e della vigente normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente comunicazione è resa.

Firma del dichiarante



.....

ATTESTAZIONE DELLA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO D'INTERESSE
(art. 53 comma 14 d. lgs. n. 165/2001)