



AL DIRETTORE
DELL' ASP "REGGIO EMILIA -
CITTA' DELLE PERSONE"
VIA P. MARANI 9/1
42122 REGGIO EMILIA

OGGETTO: Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e di situazioni di conflitto di interesse

(ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. 165/2001 e dell'art. 20, del D.Lgs. 39/2013)

Il sottoscritto BORGIANI STEFANIA nato/a _____

in relazione all'incarico di Medico conferito da ASP "REGGIO EMILIA - Città delle Persone" con _____

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse di cui all'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012, nei confronti dell'ASP "REGGIO EMILIA - Città delle Persone".
- di non versare in alcuna causa di incompatibilità o inconfiribilità, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse dell'ASP "REGGIO EMILIA - Città delle Persone".

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi.

Il/La sottoscritto/a si impegna formalmente ad informare immediatamente l'ASP "REGGIO EMILIA - Città delle Persone" di ogni evento che modifichi la presente dichiarazione.

AUTORIZZA

La pubblicazione dei presenti dati sul sito internet dell'ASP "REGGIO EMILIA - Città delle Persone".

re _____ il 31/10/20

Firma
[Signature]