

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 CAMA EMANUELA nato/a [redacted] (.....) il [redacted],  
in relazione all'incarico di MEDICO conferito da ASP "REGGIO EMILIA - Città delle  
Persone"

**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 inconferibilità, 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".

REGGIO EMILIA, il 11/11/2020

Firma  
