SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA FIORENTINA NORD OVEST

Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

(ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. 165/2001 e degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRO CASALI nato a [REDACTED]
il [REDACTED] in relazione a (oggetto) [REDACTED]
SOPRALUOGO CENTRO SEMIRESIDENZIALE L'ISTRICE (SCANDICCI)

dichiara sotto la propria responsabilità

ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D. Lgs. 165/2001 e degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi della normativa vigente con la Società della Salute zona Fiorentina Nordovest;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'ente;
- di conoscere e rispettare il vigente Codice di comportamento della Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest.

Firma dell'incaricato

[REDACTED SIGNATURE]

sezione riservata alla compilazione della Società della Salute zona Fiorentina Nord Ovest

Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse

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

Il Direttore

Visto l'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012, che prevede che il conferimento di ogni incarico sia subordinato all'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse;

Vista la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D. Lgs. 165/2001, come sopra rilasciata dall'incaricato/a;

attesta

l'avvenuta verifica nei confronti del dott./dott.ssa ALESSANDRO CASALI di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla L. n. 190/2012.

La presente attestazione viene pubblicata sul sito istituzionale dell'ente.

Sesto Fiorentino, il _____

Firma del Direttore

[REDACTED SIGNATURE]