

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI
(art. 53, comma 14 del D.Lgs. n. 165/2011)

Il/La sottoscritto/a..... CHIAPPONI MATTEO.....

Nato/a a PARMA.....

Il..... 28/02/1981.....

Residente a..... LANGHIRANO VIA FANTI D'ITALIA 58/A.....

con riferimento all'incarico di Farmacista presso la Farmacia Comunale di Collecchio per il periodo

..... APRILE 2016 / MARZO 2017.....

Visto l'art. 53 del d. lgs. 165/2001;

Visto l'art. 20 del d.lgs. 39/2013;

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà):

- ✓ l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Amministrazione Comunale;
- ✓ di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Ente;
- ✓ di accettare le condizioni contrattuali previste nel disciplinare di incarico allegato alla presente istanza;
- ✓ di aver preso piena cognizione del DPR 16 aprile 2013, n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e delle norme in esso contenute.

Firma



Collecchio,

31/03/2016