

Spett.le
COMUNE DI FELINO
Piazza Miodini 1
43035 FELINO (PR)

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI
(art. 53, comma 14 del D.Lgs. n. 165/2011 e per gli effetti dell'art.15 d.lgs. 33/2013)

Il/la sottoscritto/a..... MATTIA IOTTI nato/a a PARMA
il 29.01.74 residente a PARMA con riferimento all'incarico
di VALUTAZIONE D'ATTIVITÀ

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 il Comune di Felino;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Ente;
- 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.

di **non svolgere** incarichi o essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione **e/o non svolgere** ulteriori attività professionali per il periodo di collaborazione con il Comune di Felino;

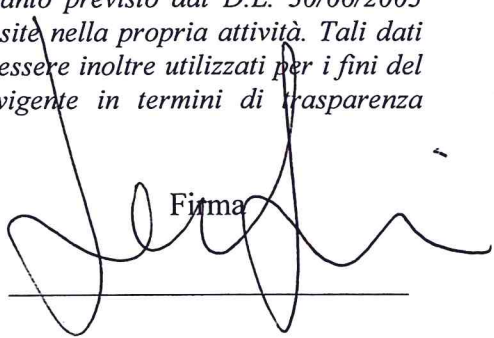
oppure

di **svolgere** incarichi o essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione **e/o svolgere** ulteriori attività professionali per il periodo di collaborazione con il Comune di Felino;

Allego alla presente CV e fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscritto.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in conformità con quanto previsto dal D.L. 30/06/2003 n°196; i dati assunti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità insite nella propria attività. Tali dati saranno conservati su archivi cartacei ed elettronici; tali dati potranno essere inoltre utilizzati per i fini del Comune di Felino per le pubblicazioni previste dalla normativa vigente in termini di trasparenza amministrativa.

Felino, li 30/12/2016

Firma


REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale: **TTIMTT74A29G337T** Sesso: **M**

Cognome: **IOTTI**
 Nome: **MATTIA**
 Luogo di nascita: **PR**
 Provincia: **PR**

Data di scadenza: **06/11/2020**
 Data di nascita: **29/01/1974**

Dati sanitari regionali
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

3 Cognome: **IOTTI** 5 Data di nascita: **29/01/1974**
 4 Nome: **MATTIA**
 6 Numero identificazione personale: **TTIMTT74A29G337T** 7 Numero identificazione dell'istituzione: **SSN-MIN SALUTE - 500001**
 8 Numero di identificazione della tessera: **80380000800120556719** 9 Scadenza: **06/11/2020**

