

Oggetto : Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse. (far compilare al soggetto titolare di incarico esterno di collaborazione/consulenza).

AFFIDAMENTO INCARICO DI COLLABORAZIONE/CONSULENZA:

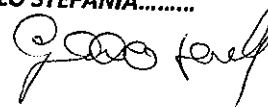
Il/La sottoscritto/a.....GALLO STEFANIA..... nato/a a.....BIELLA.....
Il ...20/07/1973..... e residente inMONGRANDO.....
Via.....FERRAI..... N.....42
Codice Fiscale GLLSFN73L60A859U....., professione...INFERMIERA PROFESSIONALE
In qualità di INFERMIERA PROFESSIONALE.....,
alla data del 30/04/2014 per l'incarico di INFERMIERA PROFESSIONALE.....
.....

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.e.i, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, **per proprio conto l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.**

In fede.

Firma.....GALLO STEFANIA.....



.....
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 . Tali dati saranno conservati su archivi cartacei ed elettronici; tali dati potranno inoltre essere utilizzati per i fini del rispetto dell'obbligo inerenti la TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013) che prevede la pubblicazione dei curricula dei consulenti e collaboratori sul sito istituzionale del Comune di Santa Giustina in Colle, accessibile a tutti gli utenti nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla legge.

Data.....30/4/14.....

firma..........