



Istituto Romano di San Michele

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4

Oggetto : Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse - affidamento incarico di collaborazione/consulenza

Il/La sottoscritto/a..... ANGELO MANCINELLA.....

nato/a OMISSIS.....

ilOMISSI.....e residente in..... OMISSIS.....

Via.....OMISSIS.....N.OMISSIS ...

Codice Fiscale...OMISSIS

professione.....MEDICO - CHIRURGO

In qualità di MEDICO RESPONSABILE... .. ,

alla data del

per l'incarico di...MEDICO RESPONSABILE.....

Vista la normativa in materia sulle situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse

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.

Data 29-03-2023

Firma F.TO ANGELO MANCINELLA

L'originale informatico della presente dichiarazione, recante prot. n.2925/2023, è detenuta dall'Ufficio Protocollo dell'IRSM.