



Istituto Romano di San Michele

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

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO D'INTERESSE
AFFIDAMENTO INCARICO DI COLLABORAZIONE/CONSULENZA

Il/La sottoscritto/a SPARANO ADEODATO nato/a a ... OMISSIS ... il ... OMISSIS ... (Codice Fiscale ... OMISSIS ...) e residente in ... OMISSIS ... Via ... OMISSIS ... n. ... OMISSIS ..., professione MEDICO per l'incarico di MEDICO COMPETENTE D.LGS. N. 81/08 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.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,**

IMPEGNANDOSI

a comunicare tempestivamente all'IRSM l'insorgenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, così come regolamentato dal "*Codice di Comportamento ed Etico dei dipendenti dell'ASP Istituto Romano di San Michele*" pubblicato nella sottosezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

Data e luogo ROMA 20.03.2024

Firma
F.TO ADEODATO SPARANO

L'originale informatico della presente dichiarazione, recante prot. n.4893/2024, è detenuta dall'Ufficio Protocollo dell'IRSM.