



**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..... MARIA TERESA D'AGOSTINO .....  
nato/a a .....OMISSIS .....  
il ..... OMISSIS ..... e residente in ..... OMISSIS .....  
Via..... OMISSIS ..... N. ... OMISSIS ...  
Codice Fiscale ..... OMISSIS .....  
professione..... MEDICO .....  
In qualità di ... DIRETTORE SANITARIO OSP. REGINA APOSTOLORUM .....

alla data del .....16.03.2021....

per l'incarico di .....COMMISSIONE ESAME DOMANDE DIRETTORE ASP – IRSM .....  
.....  
.....

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 .....16.03.2021....

Firma.....f.to MARIA TERESA D'AGOSTINO .....

L'originale della presente dichiarazione è detenuta dall'Ufficio competente per la specifica materia.