



**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..... Adeodato Sparano .....  
nato/a a ..... OMISSIS .....  
il ..... OMISSIS ..... e residente in ..... OMISSIS .....  
Via..... OMISSIS ..... N. ... OMISSIS ...  
Codice Fiscale ..... OMISSIS .....  
professione..... Medico Chirurgo .....  
In qualità di ..... Medico Competente .....

alla data del .....10.03.2021.....

per l'incarico di .....Medico Competente per la sorveglianza sanitaria di cui al Decreto Legislativo n.81/2008 e smi, per il periodo di tre anni, in esecuzione della Determina Dirigenziale n.152/2021, a cui l'Ente conferisce l'incarico libero professionale.

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 ...11.03.2021...

Firma.....f.to ADEODATO SPARANO.....

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