

Oggetto: Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse – Affidamento incarico di consulenza anno 2018.

Il sottoscritto FONTENOVA CARLO nato a [REDACTED] prov. [REDACTED] e  
residente in [REDACTED] Via/Piazza [REDACTED]  
Codice fiscale [REDACTED]  
Per l'incarico di: Medico Competente  
\_\_\_\_\_ per l'anno 2018

#### DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art.53, co 14, del Dlgs 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

#### DICHIARA inoltre

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web della amministrazione committente nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla amministrazione committente ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

In fede

Dott. FONTENOVA CARLO  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro

Firma \_\_\_\_\_

Latina, 15/02/2018