

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a DUGHI DIEGO
nato/a a BRESCIA il 16.01.1959
Codice Fiscale _____
residente in _____
attività professionale svolta MEDICO
in relazione all'incarico di AMMINISTRATORE SOCIETÀ MEDICINA DEL LAVORO

conferito dall'Ordine degli Architetti Pianificatori Paesaggisti e Conservatori della Provincia di Monza e della Brianza,

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. di non trovarsi, alla data odierna, in alcuna situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi con l'Ordine degli Architetti PPC della Provincia di Monza e della Brianza, ai sensi della normativa vigente;
2. che non sussistono cause di incompatibilità e di inconferibilità ai sensi dell'art. 20 D.lgs.39/2013;
3. che non svolge incarichi e non è titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;
4. che non sussistono rapporti personali, professionali, economici o finanziari tali da compromettere l'imparzialità e l'indipendenza nello svolgimento dell'incarico affidato;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ordine qualsiasi variazione della situazione dichiarata e l'eventuale insorgenza di cause di conflitto di interessi, anche potenziale, durante lo svolgimento dell'incarico;
6. di essere informato che la presente dichiarazione sarà acquisita agli atti dell'Ente ai fini degli adempimenti previsti dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza amministrativa.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per le finalità istituzionali connesse alla gestione dell'incarico, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare senza indugio all'Ordine ogni eventuale situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, che dovesse insorgere successivamente alla presente dichiarazione e per tutta la durata dell'incarico, affinché l'Ente possa adottare le necessarie valutazioni e determinazioni.

Luogo e data MONZA 01/09/26

Firma _____

MEDICINA DEL LAVORO Srl
Sede Legale e Sede Operativa
Via Don Minzoni, 11 - 20900 Monza (MB)
Tel. (039) 389483
C.F./P.IVA 07297380961