

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

Il _____ sottoscritto M. GIULIANA LOI C.F. _____
nato il _____ a _____

in qualità di CONSIGLIERE dell'Ordine Provinciale di Ferrara dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

CHE non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con Ordine Provinciale di Ferrara dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012, nonché rispetto ai procedimenti amministrativi fino ad oggi seguiti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 bis della L.241/90 ed art. 6 e 7 del D.P.R. n. 62/2013 e delle misure previste dal PNA;

Di impegnarsi, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

AUTORIZZA

La pubblicazione dei presenti dati sul sito internet dell'Ordine Provinciale di Ferrara dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione

Ferrara, 12/6/2023

v

Firma su originale depositato in sede