



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____
e residente in _____, Cod. Fiscale _____, consapevole
delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici
eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse¹, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 bis della L. 241/1990 ed art. 6 e 7 del DPR n. 62/2013 e delle misure previste dalla materia anticorruzione (L. 190/2012, PNA 2016,) relativamente all'incarico conferito;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di inconferibilità ed incompatibilità previste dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Data _____

Firma _____

L'originale della presente dichiarazione è detenuta agli atti dall'Ordine della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Belluno Treviso Vicenza e Verona.

¹Il conflitto di interessi è la condizione che si verifica quando viene affidata una responsabilità decisionale o di altro tipo ad un soggetto che abbia interessi personali o professionali in conflitto con l'imparzialità richiesta da tale responsabilità, sussiste conflitto di interessi non solo in presenza di un reale ed accertato conflitto, ma in tutti i casi in cui la situazione di conflitto sia anche meramente potenziale.