

Oggetto: **SINISTRO N..... - conferimento incarico di consulenza specialistica - dichiarazione di insussistenza di situazioni di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interesse.**

Il sottoscritto, Dr DUTTO LUCA

iscritto all'Ordine dei medici di LUVEGNO..... sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e false attestazioni,

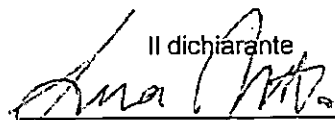
**DICHIARA**

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di incompatibilità e conflitto di interesse, con l'incarico in oggetto;
- che, presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:
  - non svolge incarichi;
  - svolge i seguenti incarichi \_\_\_\_\_
- non è titolare di cariche;
- ricopre le seguenti cariche, \_\_\_\_\_
- non svolge attività professionale;
- svolge le seguenti attività professionali INTRASMOENIA

DICHIARA infine di essere informato che:

- la presente dichiarazione sarà pubblicata, insieme al curriculum vitae e all'indicazione del compenso percepito, sul sito web dell'ASLCN2, sezione Amministrazione Trasparente, come previsto dal d.lgs. 33/2013, art. 15, comma 1 e dalla delibera Civit n. 50/2013;
- i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.<sup>1</sup>

Luogo e data SALVIZO 10/05/2023

Il dichiarante  
  
(firmare per esteso e in forma leggibile)