



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



Alla SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE

ALLEGATO 5

Coprogettazione di “Percorsi per l'autonomia di persone con disabilità “PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”. Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità-Progetto1 - CUP G64H22000390006 e Progetto 2 -CUP G64H22000400006 .

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

Il sottoscritto.....,
nato a....., il....., residente in
.....via.....nr.
con riferimento alla normativa disciplinante le situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi,
consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni non veritiere dall'art.76 del D.P.R. n.
445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ed in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le
dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice penale e dalle
leggi speciali in materia ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa
vigente, con l'Amministrazione;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente all'Amministrazione, quando ritiene sussistere un conflitto di
interessi, anche potenziale o non patrimoniale, tra le decisioni o le attività inerenti al suo profilo e i
propri interessi personali.

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante
