

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCONFERIBILITA',
INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSE**

Il sottoscritto ARIANI SILVIA,
In relazione all'incarico presso il settore CASA RESIDENZA ANZIANI 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 e delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5 del D.Lgs.
39/2013

DICHIARA

- ✓ che non sussistono le situazioni di inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni previste dal D.Lgs. 39/2013;
- ✓ che non sussistono situazioni anche potenziali di incompatibilità e conflitto di interesse con l'incarico;
- ✓ 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 _____

DICHIARA inoltre

- di non svolgere attività professionali
- di svolgere le seguenti attività professionali FISIOTERAPISTA PRESSO R.S.A. POPPI

DICHIARA infine di essere informato che:

- ✓ ai sensi dell'art 15 comma 1 D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Amministrazione, unitamente al curriculum vitae, in apposita sezione (Amministrazione Trasparente/Consulenti);
- ✓ 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.
- Unitamente alla presente allega copia fotostatica di un proprio documento d'identità, in corso di validità.

Luogo e data SARSINA 25/05/18

Firma Ariani Silvia

COMUNE DI SARSINA

- Attesto che il dichiarante ARIANI SILVIA da me identificato, ha reso in mia presenza e sottoscritta la suestesa dichiarazione

Sarsina, li 25/05/18



(Dott.ssa Rosetta Marazita)