



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato B alla Delib.G.R. n. 65/31 del 6.12.2016

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

### Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse

*(far compilare al Dirigente, funzionario, dipendente, collaboratore, in qualità di responsabile del procedimento e/o del provvedimento finale e/o che, a vario titolo, interagisce con soggetti, persone fisiche o giuridiche, con i quali la ASL intrattiene rapporti aventi rilevanza economica)*

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ..... e residente in .....  
Via ..... n. ....  
Codice Fiscale .....  
professione .....  
in qualità di .....  
alla data del .....  
per l'incarico/attività di .....  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

### DICHIARA

per proprio conto, l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse nell'espletamento di controlli ufficiali (art. 1, comma 41, della Legge n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6-bis della Legge n. 241/1990, rubricata "Conflitto di interessi")

### SI IMPEGNA

ad aggiornare l'informazione di cui sopra ogniqualvolta si determinino variazioni rilevanti sia a carattere generale sia per singoli casi, comunque, con cadenza annuale fissata nel mese di gennaio di ogni anno.

..... li .....

*In fede.*

Firma .....