

DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

CONFLITTO DI INTERESSI POTENZIALE – OPERATORE ECONOMICO

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ residente in _____ in qualità di (legale rappresentante, amministratore, ecc.) della Società _____ codice fiscale _____ e P. IVA _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000), costituiscono reato punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non versare in alcuna ipotesi di conflitto di interessi di cui all'art. 1 comma 9, lett. e), L. 190/2012 ed in particolare:

- che non sussistono relazioni di parentela, affinità, prossimità entro il II grado o situazioni di convivenza tra la mia persona e i dirigenti e i dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza;

ovvero, alternativamente

- di avere relazioni di parentela, di affinità o di prossimità entro il II grado o di convivenza con i seguenti soggetti, dirigenti e i dipendenti dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza:

- di non avere avuto nel corso del precedente triennio e di non avere ancora in corso, in prima persona o dei propri parenti o affini entro il II grado, o il coniuge o il convivente, rapporti finanziari con soggetti dirigenti e dipendenti dell'ASP di Cosenza con cui il sottoscritto possa venire in contatto in occasione della partecipazione alla procedura di scelta del contraente dell'ASP di Cosenza ovvero in ragione della stipula del contratto di appalto relativo alla fornitura/servizio/lavori

ovvero, alternativamente

- di avere avuto nel corso del precedente triennio e/o di avere ancora in corso, in prima persona o dei propri parenti o affini entro il II grado, o del coniuge o del convivente, rapporti finanziari con i seguenti soggetti dirigenti e dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza con cui il sottoscritto possa venire in contatto in occasione della partecipazione alla procedura di scelta del contraente dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza ovvero in ragione della stipula del contratto di appalto relativo alla fornitura/servizio/lavori

DATA

Firma _____