

## Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di assenza di conflitto di interesse

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Prov. (.....) il .....  
dipendente della Regione Umbria / altro Ente (*da specificare*).....  
qualifica .....  
nominato/a con d.d. n. .... del ..... della Regione Umbria, quale  
presidente / componente / esperto nel settore sanitario/sociale in seno alla commissione  
esaminatrice per .....(*specificare l'attività della commissione, ad es. esame finale, del corso  
di....., valutazione crediti formativi per l'iscrizione al corso di..... ecc.*)  
.....del .....(*specificare giorno-mese-anno di svolgimento dell'esame*)  
.....  
presso .....(*specificare la sede di svolgimento dell'esame, ad es. presso la struttura formativa da  
indicare*).....

A conoscenza della normativa, del codice di comportamento dei dipendenti pubblici e del codice di  
comportamento dei dipendenti della Regione Umbria / altro Ente ....., in  
merito alle situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi;

Sulla base di quanto sopra, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole della  
responsabilità penale prevista dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e  
dichiarazioni mendaci ivi indicate

dichiara

- per proprio conto e per quanto a sua conoscenza, l'insussistenza di situazioni, anche  
potenziali, di conflitto di interesse;
- di impegnarsi a rispettare il codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013) ed  
il codice di comportamento della Regione Umbria / altro Ente .....di appartenenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Servizio regionale competente eventuali  
variazioni del contenuto della presente dichiarazione ed a rendere, nel caso, una nuova  
dichiarazione sostitutiva.

Data .....

In fede

Firma

.....

Allegato: documento di identità