

**Dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi
da parte degli INCARICATI ESTERNI**

Il/La sottoscritto/a CERRONE TRIANA
Nato/a OLIVETO CITRA, il 10.06.1978,
codice fiscale PRTZNR78H509039I,
residente in BATIPAGLIA (SA) alla via P. ARPELLINI 4
per l'affidamento dell'incarico di CONSULENZA DEL LAVORO del Consorzio
Farmaceutico Intercomunale

Visto l'art. 53. Comma 14 del D.Lgs. n. 165/2001;

Visto l'art 20 del D.Lgs 39/2013;

Visto il DPR 16 aprile 2013, n. 62

Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendace, verranno applicate nei propri riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità degli atti,

DICHIARA

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

In particolare dichiara:

- a) di non avere, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale per l'affidamento in oggetto;
- b) di non trovarsi in una situazione di apparente/potenziale/reale conflitto di interesse di cui all'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013 in relazione all'incarico di cui sopra;
- c) di non trovarsi in una situazione di incompatibilità o inconferibilità ai sensi della normativa vigente, rispetto allo svolgimento dell'incarico di CONSULENTE DEL LAVORO conferito dal Consorzio Farmaceutico Intercomunale;
- d) di accettare le condizioni contrattuali previste nel contratto di Lavoro Autonomo firmato;

e) di essere in possesso di tutti i requisiti previste da norme di legge per la capacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;

f) di impegnarsi a rispettare il codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013).

Il/La sottoscritto/a **si impegna** a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, altresì, di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 circa il trattamento dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Consorzio Farmaceutico Intercomunale.

Luogo e data BARIPAQUA 26.11.2024

Il/La Dichiarante

Firma.....Teresa Cerone.....

Si allega documento di identità