

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI
(ai sensi dell'art 53, comma 14, d.lgs. n. 165/2001) / CAUSE DI
INCOMPATIBILITÀ / CAUSE DI INCONFERIBILITÀ**

Io/Lei sottoscritto/a MARIA PAGLIARO, nato/a a ----- il
-----, in relazione all'incarico di **MEDICO COMPETENTE** per l'a.s. 2021-22

DICHIARA

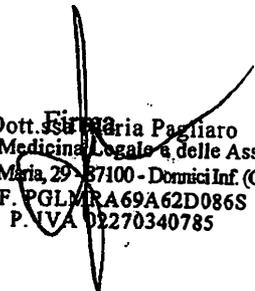
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- ✓ l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'IIS "L. DELLA VALLE";
- ✓ di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D.Lgs.n. 165/2001 e successive modifiche;
- ✓ di non incorrere, alla data di effettiva assunzione dell'incarico, in alcuna delle cause di inconferibilità previste dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto d.lgs. n. 39/2013.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Cosenza, 16/09/2021


Dott. ssa Maria Pagliaro
Spec. Medicina Legale e delle Ass.ni
Via S. Maria, 29 - 87100 - Donnici Inf. (CS)
C.F. PGLMRA69A62D086S
P. IVA 02270340785