

**AUTOCERTIFICAZIONE INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,  
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ..... in qualità di ..... della ditta .....  
con sede in ..... (...) via .....  
C.F./P.IVA ....., tel. ...., e-mail .....

- relativamente all'affidamento dell'incarico di "Medico competente" (di cui al D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.) dell'Istituto Istruzione Superiore "Polo Tecnico di Adria", di durata biennale (dal 01/09/2023 al 31/08/2025);
- visto l'art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39,

**CONSAPEVOLE**

di quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli:

- 47 "Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà";
- 75 "Decadenza dai benefici";
- 76 "Norme penali",

sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dirigente Scolastico, il D.S.G.A. e il personale scolastico, secondo quanto previsto dal D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, in particolare agli articoli:

- 6 "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse";
- 7 "Obbligo di astensione";
- 14 "Contratti ed altri atti negoziali"

e dall'art. 51 "Astensione del giudice" del Codice di Procedura Civile.

Luogo e data .....

Firma

.....

**Nota Bene: Allegare documento di identità**