Format esposto

ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA' DEL COMUNE DI ……

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA AUSL DI FERRARA
e-mail: dirdsp@ausl.fe.it; PEC: dirdsp@pec.ausl.fe.it

Il sottoscitto Sig/Sig.ra _____ nato a _____
il _____ residente a _____
_____ documento di ricoscimento N._____
rilasciato in data _____ (**allegato obbligatoriamente in copia**)

SONO A ESPORRE QUANTO SEGUE

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

A tal fine, sotto la mia responsabilità, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (DPR 28/12/2000 n. 445)

Dichiaro

1) **di non essere in alcun modo portatore di interessi commerciali propri o di terzi;**
2) **di non svolgere attività in conflitto di interessi con l'attività oggetto di segnalazione**

FIRMA DEL DICHIARANTE

_____

Allegato: Copia del documento di riconoscimento del DICHIARANTE