



DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI
(resa ai sensi art.47 DPR 445/2000)

La sottoscritta **FULVI SARA** nata a **PESARO** prov. (**PU**) e residente in **PESARO** Via – **OMISSIS** –
Codice Fiscale - **OMISSIS** -
ai fini dell'assunzione della carica di componente del Collegio sindacale dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

DICHIARA

☐ ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.e.ii – consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 - per proprio conto **l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi**

☐ di avere preso conoscenza del Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", consultabile al seguente link <http://www.ospedalimarchenord.it/3/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/attigenerali/codice-disciplinare-e-codice-di-condotta.html> e delle disposizioni ivi contenute, per quanto applicabili

☐ di essere informato che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae

☐ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2013, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Direzione Generale dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

In fede

Pesaro, li 06.08.2020

Dott.ssa Sara Fulvi

Il presente documento è conforme all'originale agli atti (assunto al Protocollo generale con n. 38938 del 06/08/2020)