



**DICHIARAZIONE SULL'ESISTENZA DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE,
SULLO SVOLGIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI E/O TITOLARITÀ DI CARICHE**

Il/la sottoscritto/a,Michelangelo Puliga

nato/a a.....Oristano il ...19/09/1976.....

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del Testo Unico di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

relativamente all'incarico di ...Misurazione performance sanità regione Marche

CHE

1) ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D. Lgs. n. 165/2001 e succ. mod. ed integr.:
(*barrare una delle due seguenti ipotesi*)

di trovarsi nelle seguenti situazioni potenziali di conflitto d'interesse (*specificare di seguito*)

.....

di NON trovarsi in nessuna situazione, anche potenziale, di conflitto d'interessi

2) che ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D. Lgs. n. 33/2013 e succ. mod. ed integr.:
(*barrare una delle due seguenti ipotesi*)

di svolgere incarichi e/o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ovvero di svolgere attività professionale a favore di tali enti (*specificare di seguito*)

...IMT Alti Studi Lucca

di NON svolgere incarichi e/o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ovvero di NON svolgere attività professionale a favore di tali enti

(*luogo e data*) ...Rende....., ...16/06./2022

firma