Allegato 3

REGIONE CAMPANIA

Organismo Tecnicamente Accreditante

Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e di cause di incompatibilità ai sensi dell'art. 53 D.Lgs 165/2001 per l'inserimento nel Team di verifica

Il/la sottoscritto/a_____

Nato/a a_____ prov._____Il_____

Residente a_____

in (via, loc.)_____

ai fini dello svolgimento dell'attività di valutatore dei requisiti per l'accreditamento della Regione Campania ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e in piena conoscenza delle conseguenze penali previste per le dichiarazioni mendaci dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia: l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, e di non presentare altre cause di incompatibilità in relazione alla verifica dei requisiti di accreditamento della struttura_____

Luogo e data

_____

In fede

_____