

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ASTENSIONE IN CASO DI  
CONFLITTO DI INTERESSI  
AI SENSI DEGLI ARTT. 6/BIS della Legge 241/1990, 42 del D. Lgs. 50/2016**

Spett.le A.M.A.N. S.c.p.a.  
Azienda Multiservizi Amerino Narnese  
s.s. Amerina Km. 7+700  
05022 Amelia (TR)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO RESA AI SENSI  
DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a ..... TACCONI ..... CINZIA .....  
(Cognome) (Nome)

Nato/a a ..... NARNI ..... (TR) il 17/4/75 .....  
(luogo) (Prov.)

In qualità di ..... Medico Competente .....

In riferimento all'incarico di ..... Medico Competente .....

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci;
- ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000;
- sotto la propria responsabilità;
- informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

**DICHIARA**

di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- Potenziale conflitto di interessi
- Conflitto di interessi

Relativamente al procedimento/decisione/attività

.....  
a causa delle motivazioni seguenti:  
.....  
.....  
.....

di NON trovarsi in nessuna condizione di conflitto di interessi.

Il/La sottoscritto/a TACCONI Cinzia ..... si impegna a comunicare tempestivamente  
eventuali situazioni di conflitto di interesse che dovessero insorgere dopo il conferimento  
dell'incarico:

NARNI li 5/1/2029

[Firma]  
Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.