

DICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI

(ai sensi dell'art. 53, comma 14, del d.lgs. 165/2001)

Consulente/Collaboratore/Prestatore di Servizi/Collaboratore

Il sottoscritto/a ANGELO FIORE  
Nato/a a FROSINONE il 17/05/1976 Codice Fiscale FRNGLR26E-1208106  
Residente in FROSINONE Cap 03100 Città FROSINONE  
Professione: DOTTORE COMMERCIALISTA - REVISIONE DEI CONTI  
Disciplina: ECONOMISTE  
E-mail: STUDIO FIORE PRO LIBERO.IT Pec: STUDIO FIORE@ODUEC.FR.LEGALMAIL.IT Cellulare: 3427812548  
Eventuale Amministrazione o Azienda per cui si lavora - LIBERO.IT  
Indirizzo dell'Ente, Azienda o Studio: FIORE ANGELO  
Cap. 03100 Città Lavoro: FROSINONE

Inquadramento o regime professionale:  Libero Professionista [ ] Dipendente

In qualità di  
 Consulente  
[ ] Prestatore di Servizi  
[ ] Collaboratore

ai fini dell'art. 15, c.1, D.Lgs. 33/2013 e dell'art. art. 6 bis, L. 07/08/1990, n. 241;  
consapevole delle sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

di non avere avuto, negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti portatori di interessi pubblici o commerciali i cui interessi siano in contrasto con i fini istituzionali e amministrativi di questo Ente.

[ ] che negli ultimi due anni ha, comunque, avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi pubblici o commerciali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[ ] di svolgere le seguenti attività professionali, o comunque di collaborazione retribuita con soggetti privati (indicare tipologia e denominazione ente/società/studio):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nell'ambito delle attività svolte tratta pratiche in conflitto di interessi, anche potenziali, con le attività da svolgere presso questo Ente?

[Sì]  [No]

- Dichiaro che in caso di sopravvenuto conflitto di interessi, comunicherò tempestivamente all'Amministrazione quanto dovuto.

- Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini di pubblicazione sulle piattaforme Ministeriali e sul Sito Istituzionale dell'Ente tra cui la pubblicazione del proprio curriculum accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla piattaforma Perlapa.

- Dichiaro che non userò per fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio e a non divulgarle al di fuori dei casi consentiti, e inoltre a evitare situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione

DATA 15/06/2023

FIRMA [Signature]



Io sottoscritto

ANGELO FIORE

**Autorizzo**

il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Inoltre, **Autorizzo** espressamente l'utilizzo dei dati personali riportati nel mio curriculum vitae, nei documenti di identità, nelle dichiarazioni da me prodotte - compresa la mia immagine, per la pubblicazione ai fini amministrativi di trasparenza e anticorruzione.

Luogo,

15/06/2023

Data:

FIRMA

