

**Dichiarazione assenza conflitto di interesse consulenti e collaboratori**

*Al responsabile Settore Amministrativo Istituzionale  
p.c. Al Responsabile della Trasparenza e della Corruzione  
COMUNE DI ARPINO*

**OGGETTO:** Dichiarazione di assenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse

Il/la Sottoscritto/a ..... CARINE FRANCESCO nato/a a UDINE ..... Il 25/08/15 .....

C.F. FRNCRNFSM6324002

P.Iva .....

**DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Amministrazione Comunale;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza/collaborazione nell'interesse dell'Ente;
- di accettare le condizioni contrattuali previste nel disciplinare di incarico;
- di aver preso piena cognizione del DPR 16 aprile 2013, n. 62 (regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e del Codice di Comportamento del Comune di Arpino e delle norme negli stessi contenute.

Il/la sottoscritto/a, preso atto che, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla predetta legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara che le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR n. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e Data

Firma  


**Dichiarazione assenza conflitto di interesse consulenti e collaboratori**

*Dichiarazione altri incarichi consulenti e collaboratori*

*Al responsabile Settore Amministrativo Istituzionale  
p.c. Al Responsabile della Trasparenza e della Corruzione  
COMUNE DI ARPINO*

**OGGETTO:** *Elenco dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA o lo svolgimento di attività professionali*

**DATI DEL CONSULENTE:**

NOME	CARINE
COGNOME	FRANCESCO
PARTITA IVA/CODICE FISCALE	02649450604 / FRNCRN75M6S21001

Ente conferente l'incarico	Tipologia di incarico	Oggetto dell'incarico	Durata dell'incarico	Compenso (lordo) annuo per lo svolgimento dell'incarico	Tipologia di attività professionale svolta

Il/la sottoscritto/a, preso atto che, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla predetta legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara che le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR n. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e Data

Firma  
