

Modulo per la dichiarazione di potenziale conflitto di interessi
(art. 53, co. 14, D. Lgs. 165/2001)
Consulenti/collaboratori

Il/La sottoscritto/a SCALI GINO nato/a a [REDAZIONE]
il [REDAZIONE] residente in [REDAZIONE] via/piazza [REDAZIONE] in qualità di
PROFESSIONE FARMACISTA

D I C H I A R O

Le seguenti attività rispetto alle quali si potrebbe realizzare un conflitto di interessi:

Di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi ai sensi della normativa vigente, con l'assunzione dell'incarico di Consulente esterno nella progettazione, redazione capitolato gara , procedure autorizzative e amministrative per il trasferimento della Farmacia n.2 presso Far.Com. S.p.A.

Livorno, lì

19 febbraio 2020

