Spett.le
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
Via Stellone n. 5
10126 TORINO

Oggetto: **Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse ex art. 53, co. 14 del D.Lgs. 165/2001, dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità e inconferibilità, dichiarazione di conoscenza del Codice specifico dei dipendenti**

La sottoscritta, **POLESELLO Silvia** nata a [redacted] il 28.05.1975 e residente in [redacted], CF [redacted], quale consulente professionale in ambito formativo
Visto l'art. 53, comma 14, del D.lgs. 165/2001

Dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

- L'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'ente ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012;
- L'insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, a svolgere prestazioni a favore dell'Ordine
- Di prestare l'attività professionale di formatore in ambito Counseling e Naturopatia
- Di accettare e rispettare le condizioni dedotte nell'incarico ricevuto
- Di accettare e rispettare le previsioni di cui al Codice di Comportamento specifico dell'Ordine, che è stato fornito all'atto dell'incarico.

Il sottoscritto autorizza l'Ordine a pubblicare la presente dichiarazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale www.opi.torino.it e si impegna a dare immediata comunicazione di eventuali modificazioni che dovessero intervenire rispetto alle predette informazioni.

Torino 03 Febbraio 2025

Firma del consulente