



**Oggetto** *Verifica assenza cause inconferibilità, conflitti interesse e cause incompatibilità per affidamento incarico*

OPI Bologna, ai sensi della normativa vigente in materia, mediante la raccolta delle relative autocertificazioni redatte dal/dalla sottocitato/a, dichiara di aver preso atto che

Nome.....

Cognome.....

Codice fiscale STCNNA60D64G224Y

al/la quale è stato affidato l'incarico di Consulente del lavoro anno 2024 (CPV 79211110-0 Servizi di gestione retribuzioni)

conferito/stipulato il 22/02/2024

CIG B054EBB42B

con decorrenza immediata, e con scadenza 31/12/2024

- non incorre, alla data di effettiva assunzione dell'incarico, in alcuna delle cause di inconferibilità previste dal Decreto Legislativo 08 aprile 2013, n. 39.
- non si trova in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, che impediscano l'accettazione dell'incarico succitato, e conferito dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Bologna (OPI Bologna);
- non si trova in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e successive modifiche.
- non ha, a suo carico, altre cause di incompatibilità ulteriori e/o diverse, rispetto a quelle previste dal Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e successive modifiche, a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse di OPI Bologna.
- non ha in corso altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni Pubbliche o con soggetti privati, al di fuori di quelli regolarmente consentiti dalle disposizioni normative vigenti;

Il Presidente  
(Dott. Pietro Giurdanella)

