

ALLEGATO D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'INESISTENZA DI CAUSE DI ESCLUSIONE

Il sottoscritto

Cognome e nome.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza e indirizzo.....

Codice fiscale.....

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

- di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
- di non trovarsi in conflitto di interesse con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall'A.S.L. di Lodi
- di non aver contenziosi civili ed amministrativi pendenti nei confronti dell'A.S.L. di Lodi
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici pubblici
- di non aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia
- di non essere sottoposto a misure di prevenzione e quant'altro previsto dalle leggi antimafia
- di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati.

Luogo e data ,

Firma