

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**di assenza di cause d'incompatibilità.**  
*(art. 46 e ss. D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)*

Il/La sottoscrittola: cognome *CAVALLINI* nome *BIANCAMARIA* codice fiscale *ORISSIS*

destinatario di incarico da parte di ALiSEO di cui al Decreto N. .. del *14/5/2021* ai sensi e per gli effetti della legge 6 novembre 2012 n. 190 e decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in casi di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

**DICHIARA**

Che non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interesse con le attività oggetto dell'incarico;

- di non svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

oppure

di svolgere incarichi in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione come di seguito elencati:

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA LIGURIA

Di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione e di non svolgere attività professionali;

oppure

- di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione e di svolgere attività professionali come di seguito elencati :


Di non avere relazioni di parentela o di affinità con Dirigenti o dipendenti di ALiSEO:

oppure

- Di avere la/le seguenti relazione/i di parentela o di affinità : tipologia.....  
Grado..... con ( nominativo del dirigente o dipendete di ALiSEO).....,

Data .....15 SETTEMBRE 2021

FIRMA 