

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ E DI
CONFLITTI DI INTERESSE, ANCHE POTENZIALI**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____

iscritto nell'elenco regionale di disponibilità per la partecipazione alle commissioni d'esame finale dei percorsi ITS, di cui al DPCM del 25/01/2008, approvati da Regione Lombardia

in relazione alla designazione regionale di componente della Commissione di esame ITS, presso la Fondazione _____ per i seguenti percorsi

ID corso	Denominazione nazionale percorso	Denominazione specifica

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabili dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità e conflitti di interesse, anche potenziali, all'esercizio del ruolo componente della commissione di esame .

(Data)

IL/LA DICHIARANTE¹

¹ Da firmare elettronicamente oppure in forma autografa. Solo nel caso di firma autografa, allegare documento di identità in corso di validità.

**AUTORIZZAZIONE DEI DIPENDENTI PUBBLICI
AI SENSI DELL'ART. 53 DEL D.LGS. 165/2001**

Nel caso di dipendente pubblico compilare ANCHE il seguente modulo

Il/La sottoscritto/a _____

Dipendente pubblico/a in servizio presso _____

DICHIARA

Scegliere tra le 2 alternative (cancellare quella non scelta)

Di aver ottenuto in data _____ l'autorizzazione ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 allo svolgimento dell'incarico di Presidente di commissione di esame **e di allegarla al presente modulo.**

OPPURE

Di impegnarsi a trasmettere l'autorizzazione della propria PA prima dell'insediamento **della commissione di esame** via email all'indirizzo presidenti_commissione@regione.lombardia.it.

(Data)

IL/LA DICHIARANTE²

² Da firmare elettronicamente oppure in forma autografa. Solo nel caso di firma autografa, allegare documento di identità in corso di validità.