



Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IN ORDINE A INCOMPATIBILITÀ E CONFLITTI DI INTERESSI

Il/La sottoscritto/a MARIA GRAZIA GALDERONI, nato/a a FAENZA (RA), il 15.02.1964, residente a RUSCI (RA) in via G. UNGARETTI n. 21 CAP. 48026
C.F. CLD MGR64B55DUSJK nella qualità di SEGRETARIO dell'Ordine Interprovinciale della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini, ai fini dell'assolvimento delle responsabilità e delle funzioni attribuite, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti/documenti falsi,

DICHIARA

1. Che, ai sensi della normativa vigente, non si trova in alcuna situazione, anche potenziale, di conflitto di interesse (si veda l'articolo 2. alla sezione 2.1.) rispetto alle funzioni e alle attività svolte all'interno o per conto dell'Ordine Interprovinciale della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini - ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 bis della L. 241/1990 ed art. 6 e 6 del DPR n. 62/2013 e delle misure previste in materia di anticorruzione (L. 190/2012, PNA 2016);
2. Che ai sensi del D.L. 8 aprile 2013 n. 39 non si trova in condizione di inconferibilità e incompatibilità;
3. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ordine ogni variazione ed aggiornamento dei dati autocertificati nella presente dichiarazione intervenuti successivamente.
4. di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 679/2016 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito delle procedure per le quali la presente dichiarazione viene resa;
5. Di essere informato che i dati e/o informazioni relativi alle procedure dell'Ordine, saranno sottoposti agli obblighi di trasparenza per l'amministrazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013;
6. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ordine ogni variazione ed aggiornamento dei dati autocertificati nella presente dichiarazione intervenuti successivamente.

Li, 01 aprile 2024

FIRMA

La copia in originale della presente dichiarazione è tenuta agli atti dell'Ordine Interprovinciale della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini.