

Allegato 1

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IN ORDINE A INCOMPATIBILITÀ E CONFLITTI DI INTERESSI

Il/La sottoscritto/a GIANLUCA VALDIFIORI, nato/a A FORLIMPOPOLI', il 24/10/1990, residente a FORLÌ in via CARPENELLA n. 19 CAP. 47122 C.F. VLDGLC90R24D705J, nella qualità di TESORIERE 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.

Lì, 02/04/2024

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.*