



**MOD. 8 - DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI DEI COLLABORATORI ESTERNI**

(Dichiarazione ai sensi artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Al Direttore INL/Direttore  
centrale/Dirigente Ufficio  
AC/III/ITL

Il sottoscritto SALVATORE DENTI nato/a il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, affidatario dell'incarico/consulenza, giusto determina dirigenziale n. 199  
del 14/9/2022 avente per oggetto INCARICO MEDICO COMPETENZE  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre.2000 n. 445 per le ipotesi di  
falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

- a) l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'ispettorato nazionale del lavoro;
- b) di essere consapevole che gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico sono oggetto di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente - Consulenti e collaboratori del sito istituzionale dell'Ispettorato nazionale del lavoro ai sensi dell'art.15 del d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33.

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Viene informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Luogo e data

SALVATORE DENTI

Il/La Dichiarante