

Il sottoscritto ^{GALLO} MARCO, nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____, con riferimento all'incarico avente ad oggetto

CONSULENZA MEDICO-LEGALE NELLE PRATICHE DI PRESSIONAMENTO

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

- l'assenza di impedimenti di cui all'art. 9 D.Lgs. 39/2013;
- di non essere in condizioni anche potenziali di conflitto d'interesse;

Torino, li 04/12/2018

Il Dichiarante

FIRMATO IN ORIGINALE