

Il sottoscritto DISCALZI G. APLUGI nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____, con
riferimento all'incarico di ...: CONSULENZA MEDICO LEGALE NELL'AMBITO DI CONTROVERSA DI
LAVORO 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.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Torino, il 9/3/19

FIRMATO IN ORIGINALE