

Modulo 2 Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 DPR 445 del 28 dicembre 2000)

Dichiarazione attestante l'assenza del conflitto di interesse

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____

il _____ residente a _____ CAP _____

Via _____ Tel. _____ Mobile _____

in qualità di (*Carica Sociale*) _____ dell'Ente _____

con sede legale in _____ Via _____

con riferimento alla richiesta di Patrocinio per l'evento _____

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti al vero,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

che non sussistono situazioni di conflitto di interesse tra la/il medesima/o e l'Ordine degli Psicologi della regione Abruzzo né altre circostanze in contrasto con le norme contenute nel Regolamento di concessione dei Patrocini dell'Ordine, con particolare riferimento all'Art. 3 "Norma etica e deontologica". Relativamente agli Psicologi iscritti all'Albo della Regione Abruzzo, dichiara inoltre che sono in regola con la quota di iscrizione all'Ordine. Dichiara inoltre che gli psicologi presenti come relatori all'evento non hanno in corso procedimenti disciplinari deontologici, né avuto procedimenti passati in giudicato con sanzione disciplinare negli ultimi due anni. Si impegna a richiedere identiche dichiarazioni ai relatori presenti all'evento e a metterle a disposizione dell'Ordine.

N.B. La dichiarazione deve essere presentata da tutte le persone fisiche, amministratori e/o dipendenti dell'Ente iscritti all'Ordine e dai docenti invitati che intendono partecipare all'evento.

La/Il sottoscritta/o dichiarante è a conoscenza che saranno effettuati controlli sulla veridicità delle suddette dichiarazioni mediante accertamenti, mediante richiesta dei certificati/documenti attestanti quanto dichiarato; in ogni caso rilascia il proprio consenso a detti accertamenti, impegnandosi a produrre in tempi ristretti la documentazione richiesta.

_____ lì, _____

Firma _____

Allegare immagine del documento di identità

Inviare esclusivamente tramite PEC all'indirizzo seguente psicologi.abruzzo@pec.aruba.it