

**DICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI**  
**(ai sensi dell'art. 53, comma 14, del d.lgs. 165/2001)**  
**Consulente/Collaboratore/Prestatore di Servizi/Collaboratore**

Il sottoscritto **Savo Filippo**

Nato a Torrice (Fr) il 29/07/1960

Codice Fiscale SVA FPP 60L29 L290V

Residente in via M. Minghetti 11 Cap 03100 Città Frosinone

Professione: Dottore commercialista Revisore contabile

Disciplina: \_\_\_\_\_

**E-mail:** [filippo.savo.studio@gmail.com](mailto:filippo.savo.studio@gmail.com) **Pec:** [filippo.savo@odcec.fr.legalmail.it](mailto:filippo.savo@odcec.fr.legalmail.it)

**Cellulare:** 3384968550

Eventuale Amministrazione o Azienda per cui si lavora

Indirizzo dell'Ente, Azienda o **Studio:** Viale Volsci 126 Cap.03100 Città Lavoro: Frosinone

Inquadramento o regime professionale:  **Libero Professionista**  Dipendente

In qualità di

Consulente

Prestatore di Servizi

Collaboratore

ai fini dell'art. 15, c.1, D.Lgs. 33/2013 e dell'art. art. 6 bis, L. 07/08/1990, n. 241;

consapevole delle sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

**DICHIARA**

di non avere avuto, negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti portatori di interessi pubblici o commerciali i cui interessi siano in contrasto con i fini istituzionali e amministrativi di questo Ente.

che negli ultimi due anni ha, comunque, avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi pubblici o commerciali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di svolgere le seguenti attività professionali, o comunque di collaborazione retribuita con soggetti privati (indicare tipologia e denominazione ente/società/studio):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nell'ambito delle attività svolte tratta pratiche in conflitto di interessi, anche potenziali, con le attività da svolgere presso questo Ente?

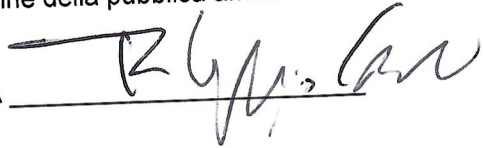
**X [NO]**

- Dichiaro che in caso di sopravvenuto conflitto di interessi, comunicherò tempestivamente all'Amministrazione quanto dovuto.

- Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini di pubblicazione sulle piattaforme Ministeriali e sul Sito Istituzionale dell'Ente tra cui la pubblicazione del proprio curriculum accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla piattaforma Perlapa.
- Dichiaro che non userò per fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio e a non divulgarle al di fuori dei casi consentiti, e inoltre a evitare situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione

Frosinone 18/1/2023

FIRMA

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'R. G. G. G.'.