

## DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

Il/la sottoscritto \_\_\_LEONE GIULIANA GIUSEPPINA\_\_\_ nata a \_\_\_TORINO\_\_\_ il  
\_13/11/1961\_\_\_\_\_ in relazione all'incarico di \_\_\_\_\_MEDICO COMPETENTE  
\_\_\_\_\_ conferitomi dalla Fondazione Museo delle Antichità Egizie di Torino,

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse della Fondazione.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presenta dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Torino, \_\_5 giugno 2017\_\_\_\_\_

Firma  
Dott. Giuliana Giuseppina Leone  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro  
[giulileo@libero.it](mailto:giulileo@libero.it) / ☎ 335 800 73 32