

DICHIARAZIONE IN MATERIA DI CONFLITTI D'INTERESSE

Il sottoscritto _____
Nato a _____ (______), il ___/___/_____
Residente a _____ (_____)
Via/Piazza _____ n° _____ c.a.p. _____
Codice Fiscale _____

- componente del C.d.A.
 componente del Collegio Sindacale
 Direttore Generale

del Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli Esercenti le Professioni Sanitarie FondoSanità, consapevole delle disposizioni vigenti in materia di conflitti di interesse ed incompatibilità ai sensi del DM 166/2014, esaminato il Documento per la gestione dei conflitti di interesse predisposto dal Fondo Pensione, nello svolgimento del proprio incarico o funzione si impegna a perseguire gli obiettivi e gli interessi generali del Fondo Pensione astenendosi da attività, comportamenti e atti comunque incompatibili con gli obblighi connessi al rapporto intrattenuto col Fondo stesso.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara quanto segue:

- **Incompatibilità**

di non avere alcun incarico di componente di organi di amministrazione o controllo né direzione generale nei gestori del Fondo Pensione FondoSanità, nel depositario e nelle società di cui i predetti soggetti fanno parte.

- **Conflitti di interesse (per i soli componenti del CdA)**

è consapevole dell'obbligo di dichiarazione dei propri interessi e di astensione, come stabilito dall'art. 2391 cod. civ.

dichiara di non essere in situazione di conflitto di interesse; ovvero

di avere le seguenti relazioni professionali o di affari con i seguenti soggetti coinvolti nella gestione del fondo pensione

Ente	Descrizione tipo di relazione

Il Dichiarante
