



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. N. 445/2000)**

Il sottoscritto ADALBERTO CAMISASCA, nato il [data] a [città] (prov. [provincia]), residente a ROMA, in via [indirizzo] N. [numero], in qualità di (*indicare la consulenza ricoperta nella FNOPO*) *CONSULENTE FISCALE* della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO)

*Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445*

**DICHIARA**

L'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse<sup>1</sup>, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 bis della L. 241/1990 ed art. 6 e 7 del DPR n. 62/2013 e delle misure previste dalla materia Anticorruzione (L. 190/2012, PNA 2016, PTPCT della FNOPO 2021-2023) relativamente all'incarico conferito.

Roma, 30/01/2024



Firmato digitalmente da:

**ADALBERTO  
CAMISASCA**

*Firma*

<sup>1</sup>Il conflitto di interessi è la condizione che si verifica quando viene affidata una responsabilità decisionale o di altro tipo ad un soggetto che abbia interessi personali o professionali in conflitto con l'imparzialità richiesta da tale responsabilità, sussiste conflitto di interessi non solo in presenza di un reale ed accertato conflitto, ma in tutti i casi in cui la situazione di conflitto sia anche meramente potenziale.



Roma, 30/01/2024

**Oggetto: dichiarazione ai sensi dell'art. 15, co. 1, lett. c) del d.lgs. 33/2013.**

Il sottoscritto DOTT. ADALBERTO CAMISASCA

ai sensi dell'art. 15, co. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013,

nella qualità di titolare del seguente incarico di collaborazione presso la FNOPO

CONSULENTE FISCALE

**dichiara**

- di non svolgere incarichi o di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

ovvero

- X di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, specificati come segue (indicare ente, tipologia di incarico / carica, periodo di svolgimento dell'incarico);

ENTE	INCARICO	DURATA
OPI ROMA	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E FISCALE E TENUTA BUSTE PAGA	12 MESI FINO AL 31.12.2024
OPI PERUGIA	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE	12 MESI FINO AL 28.02.2024
OPI TERNI	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E FISCALE E TENUTA BUSTE PAGA	12 MESI FINO AL 28.02.2024
FNOPO	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E TENUTA BUSTE PAGA	12 MESI FINO AL 31.12.2024
OPI NOVARA	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E TENUTA BUSTE PAGA	12 MESI FINO AL 31.12.2024
DISCO ENTE REGIONALE PER IL DIRITTO ALLO STUDIO ED ALLA CONOSCENZA	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E FISCALE	48 MESI FINO AL 30 GIUGNO 2026



OPI PAVIA	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E TENUTA BUSTE PAGA	12 MESI FINO AL 31.12.2024
OPO ROMA	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E FISCALE E TENUTA BUSTE PAGA	12 MESI FINO AL 31.12.2024
OPO MODENA	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E FISCALE	12 MESI FINO AL 31.12.2024
OPI TRIESTE	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E FISCALE E TENUTA BUSTE PAGA	12 MESI FINO AL 31.12.2024
OPI BELLUNO	SERVIZIO DI CONSULENZA CONTABILE E FISCALE E TENUTA BUSTE PAGA	12 MESI FINO AL 31.12.2024

- di non svolgere attività professionale

ovvero

- X di svolgere la seguente attività professionale: DOTTORE COMMERCIALISTA –  
REVISORE CONTABILE

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di quanto dichiarato.

La presente dichiarazione è resa ai sensi delle art 46 e seguenti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Firma



Firmato digitalmente da:

**ADALBERTO  
CAMISASCA**