



REGIONE  
ABRUZZO



ABRUZZO SOSTENIBILE  
CSR FEASR 2023-2027



Allegato B

## DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI INCOMPATIBILITA' E CONFLITTI DI INTERESSI PER I CONTROLLORI

(Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. dagli Istruttori che eseguono i controlli amministrativi sulle domande di pagamento a valere sul CSR Abruzzo 2023/2027)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_) il gg/mm/aaa, codice fiscale \_\_\_\_\_, in relazione all'esercizio del controllo ai fini della esecuzione dei controlli amministrativi relativi alla **Domanda di Pagamento n. \_\_\_\_\_ CUA (Beneficiario) \_\_\_\_\_**, a valere sul CSR ABRUZZO 2023-2027, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del medesimo decreto in relazione alla formazione e all'uso di atti falsi e per il rilascio di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

☐ di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità o in una delle condizioni che determinano, anche solo potenzialmente, situazioni di conflitto di interesse che possano compromettere, anche potenzialmente, la trasparenza, l'obiettività e la terzietà di giudizio nelle procedure di controllo, determinando, per l'effetto, l'obbligo di astensione come disciplinato dal *Codice di Comportamento* dei dipendenti della Giunta Regionale;

☐ di trovarsi in una o più delle condizioni di incompatibilità o in una o più delle condizioni che determinano, anche solo potenzialmente, situazioni di conflitto di interesse che possano compromettere, anche potenzialmente, la trasparenza, l'obiettività e la terzietà di giudizio nelle procedure di controllo, determinando, per l'effetto, l'obbligo di astensione dal controllo della documentazione relativa al beneficiario del sostegno, di cui alla domanda di pagamento oggetto di controllo, per le seguenti motivazioni:

---

---

☐ di trovarsi rispetto al **beneficiario del sostegno, di cui alla domanda di pagamento oggetto di controllo** nella seguente condizione:

\_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_ di rimettere, pertanto, al Responsabile del procedimento di controllo, la valutazione della eventuale sussistenza di condizione che determini l'obbligo di astensione al fine di non compromettere, anche potenzialmente, la trasparenza, l'obiettività e la terzietà di giudizio nella procedura di controllo.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di essere a conoscenza delle disposizioni di cui all'art.13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**Si allega alla presente documento di identità in corso di validità.**