|  |  |
| --- | --- |
| **Il sottoscritto:** |  |
| **Rappresentante legale di:** |  |
| **In qualità di:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Dichiara** | |
| 1. di essere stato informato sull'impegno anticorruzione del Consorzio UNIMED, di aver ricevuto la Politica e il Codice Etico. 2. di essere a conoscenza della possibilità e delle modalità di segnalare anche in forma anonima un evento corruttivo o un tentativo di corruzione al Responsabile della prevenzione per la corruzione | |

|  |  |
| --- | --- |
| Consapevole che la mancata accettazione potrebbe essere motivo di variazioni contrattuali | |
| ACCETTO | **NON ACCETTO** |
| di uniformarmi alle procedure anticorruzione, alla politica e al codice etico del Consorzio UNIMED | |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma |  |