



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA  
REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES**

**Anexo**

**Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses**

\_\_\_\_\_ [nome], portador do número de documento de identificação nº \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_ [dirigente, trabalhador, prestador de serviços] da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores:

Declara ter conhecimento das incompatibilidades ou impedimentos previstos na Lei, designadamente na Constituição da República Portuguesa, no Código do Procedimento Administrativo, no Regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, no Estatuto do pessoal dirigente dos serviços e organismos da administração, regional e local do Estado. E que pedirá dispensa de intervir em procedimentos ou tarefas que lhe sejam cometidas quando ocorra circunstância pela qual possa razoavelmente suspeitar-se da sua isenção ou da retidão da sua conduta, caso se venha a encontrar em situação de incompatibilidade, impedimento ou escusa, e que dela dará imediato conhecimento ao superior hierárquico ou ao presidente do órgão ou júri de que faça parte.

Declaro, igualmente, que li o Código de Ética e de Conduta e não tenho qualquer tipo de conflito de interesses para o exercício das funções que me foram cometidas na Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores.

Certifico por minha honra a veracidade das informações fornecidas.

Mais declaro que me comprometo a proceder à respetiva atualização sempre que ocorra uma alteração que o determine.

Data e assinatura: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_