

**NYILATKOZAT<sup>1</sup>**

**összeférhetlenség, érintettség fennállásáról  
kötelezettségvállaló esetén**

**Címzett:**

**munkáltatói jogkör gyakorlója (név):** .....

**beosztás:** .....

Kijelentem az Összeférhetlenségi szabályzat alapján

**összeférhetlenség, érintettség fennállását.**

**Név:** .....

**Születési hely, idő:**

.....

**Szervezeti egység:**

.....

.....

**Összeférhetlenséggel, érintettséggel kapcsolatos  
munkakör, beosztás:**

.....

Az összeférhetlenség vagy az érintettség alapjául szolgáló körülmény leírása:

.....

.....

.....

Tudomással bírok arról, hogy az összeférhetlenséget, érintettséget 30 napon belül meg kell szüntetnem.

- a) Kijelentem, hogy az összeférhetlenség megszüntetésére az alábbiak szerint intézkedtem:

---

<sup>1</sup> Az Összeférhetlenségi Szabályzat 2.5.1. (8) bekezdése alapján

.....  
.....

- b) Kijelentem, hogy az összeférhetlenséget nem kívánom megszüntetni, annak a jogkövetkezményeit tudomásul veszem.

Kelt: .....

.....  
Aláírás