

NYILATKOZAT

összeférhetlenség, érintettség fennállásáról

Címzett*:

Név:

Beosztás:

Kijelentem, hogy személyemmel kapcsolatban az Összeférhetlenségi szabályzat alapján
összeférhetlenség, érintettség fennállását.

Név:

Születési hely, idő:

.....

Szervezeti egység:

.....

.....

**Összeférhetlenséggel, érintettséggel kapcsolatos
beosztás, testületi tagság:**

.....

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:

.....

.....

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

Kelt:

.....
Aláírás

*Az összeférhetlenségi nyilatkozat címzettje

	Érintett nyilatkozattevő	Az összeférhetlenségi nyilatkozat címzettje	Szabályzat hivatkozása
1	Vezető állású munkavállaló	rektor, kancellár: Kuratórium elnöke rektorhelyettes: rektor	1.2. (1) c)
2	Hallgató	Szerződés kötelezettségvállalója	1.2. (1) e)
3	Egyetemi testület, bizottság tagja	Egyetemi testület, bizottság elnöke	1.2. (1) f)
4	Egyetemet képviselő személy - más szervezet által létrehozott szervezetben	Delegáló testület, személy	1.2. (1) g)
5	Az Egyetem tulajdonában álló gazdasági társaság vezető tisztségviselője, felügyelőbizottsági tagja	Tulajdonosi joggyakorló	1.2. (1) h)
6	Egyetem könyvvizsgálója, az Egyetem tulajdonában álló gazdasági társaság könyvvizsgálója	Szerződés kötelezettségvállalója	1.2. (1) i)
7	Egyetem szerződéses partnereinek személyes képviselői, közeli hozzátartozói	Szerződés kötelezettségvállalója	1.2. (1) j)
8	Az Egyetem által fenntartott intézmények vezetői és foglalkoztatottjai	munkáltatói jogkör gyakorlója	1.2. (2)