



**REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL**
SECRETARIA REGIONAL DAS FINANÇAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Comunicação de impedimento ou escusa por existência de conflito de interesses

Eu, abaixo-assinado(a) (nome completo) _____

a exercer funções no GSRF, na unidade orgânica (identificar quando seja o caso),

declaro, para os devidos efeitos, considerar, atentas as funções que me estão atribuídas, que o meu envolvimento no processo (numeração/identificação do processo): _____

encontra-se condicionado por eventual conflito de interesses, nos termos abaixo, inibidor da sua participação no processo em questão, razão pela qual, tendo em conta o previsto no Código de Conduta e Ética do GSRF, assim como nas demais disposições legais e regulamentares, solicito a decisão sobre o incidente ora comunicado e sua consequente substituição no referido processo. Detalhe do conflito ou potencial conflito de interesses: _____

Funchal, _____

(Assinatura)

