

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico _____ DI COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE _____
conferito dall'A.S.L. NO in con provvedimento n° _____ in data _____ per lo
svolgimento _____ dell'attività _____ di _____

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ FILIPPO MAZZONI _____

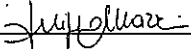
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- la insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in merito all'attività di cui sopra.
- i seguenti dati relativi allo svolgimento di (altri) incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali (*in caso di non svolgimento di altre attività lavorative o di non titolarità di cariche, scrivere: "nulla"*):

Data, _____ 11/11/2020 _____

In fede

_____ 

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità