

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico LIB. PROF conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° 411 in data 28.07.12 per lo svolgimento dell'attività di
MEDICO VACCINAZIONE

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa EMANUELE BROCCARDO

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")
- il possesso del documento di autorizzazione da parte della propria Università di specializzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale :

ATTIVITA' DI CA PRESSO ATS PAULA (SOSTITUTO)
CON CONTRATTO IN ACN A 12 ORE SETTIMANALI

Regione Piemonte
C. IPM:a13_f900 R.PR01:PP01
Asl No Novara 000.0SLNO

Nr. 0051539/22 Del 01/02/2022

UNIVERSITA' DEL PERSONALE E VALORI
Classifica 1.4.13

Data, _____

In fede Emanuele Broccardo

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità