

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico PSICOLOGO CINE PUNAVE conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° _____ in data _____ per lo svolgimento dell'attività di
PSICOLOGO

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa PAVVICINI DIETA

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

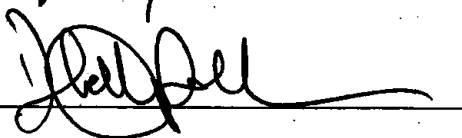
DICHIARA

- 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"):

proprio studio professionale privato sito in Aroua (NO)
per circa 15 ore settimanali.

Data, 3/04/23

In fede



Regione Piemonte
C. IPA: a13_f952 R. PROT: RP01
ASL No Novara ACO: ASLNO

Nr. 0021171/23 Del 03/04/2023

 DEL PERSONALE E VPLO
Classifica 1.4.13

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità