

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico medico Vaccinatore conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° 1 in data 03/01/2023 per lo svolgimento dell'attività di
medico Vaccinatore libero professionista

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa AMAL AMIGARO

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") :

Medico di Continuità Assistenziale ASL NOVARA : 24 ore settimanali

Medico Servizio di Assistenza Sanitaria Penitenziaria presso

Casa Circondariale di NOVARA : 12 ore settimanali

Corso Formazione Specifica di Medicina Generale

Data 03/01/2023

In fede
Amal Amigaro

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità