

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico FARMACISTA conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° 618 in data 12/12/22 per lo svolgimento dell'attività di
FARMACISTA PRESSO FARMACIA TERRITORIALE
ASL NO

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa MEDURI FEDERICO

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, 13/12/22

In fede MEDURI

Regione Piemonte
C.I.P.A.: 313_F952 2.PROV. RF01
Asl No Novara 900 ASLNO

N. 0081035/22 Del 19/12/2022

UFFICIO DEL PERSONALE E VALU
Classifica 1.0.2

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità