

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico di PSICOLOGO conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° 551 in data 17/10/2023 per lo svolgimento dell'attività di
PSICOLOGO

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa BOTTACCHI MICHELA

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") :

PSICOLOGO presso ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO
(SEDE di PIANCAVALLO) per 16 ore la SETTIMANA

PSICOLOGO presso ASL di VERBANIA per 10 ore
la SETTIMANA (IN ATTESA di SOTTOSCRIZIONE del
CONTRATTO)

Data, 20/10/2023

In fede

Michele Bottacchi

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità