

Nr. 0061766/23 Del 13/10/2023

SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORI
Classifica 1.4.13

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

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

TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICITA' DA
ASSEGNARE ALLA STRUTTURA DI NEUROPSICHIATRIA
INFANTILE

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa PLATINI MARIA ANTONIA

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

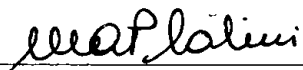
DICHIARA

- 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") :

UBERA PROFESSIONISTA PRESSO MIO

STUDIO PRIVATO

Data, 11/10/2023

In fede 

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità