

Nr. 0033320/24 Del 22/05/2024

SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALOF
Classifica 1.4.2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

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

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa BERNI PAOLO

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"):

NULLA

Data, 23/05/2024

In fede Paolo Berni

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità