

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(rl. 47 DPR 445/2000)

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

MEDICO SPECIALISTA IN RADIOLOGIA

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa PASQUALE FABBRICINI

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"):

CENTRO MEDICO CRONHED - ARMELETTO 4h/SETT.

COO - CENTRO ORTOPEDICO IN QUADRANTE - OMEGNA 8h/SETT.

Data, 29/03/2024

In fede Il/la Fabbricini