

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
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa CASALINO ELISA

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"):

N° 12 PRESSO STUDIO PRIVATO A VERCELLI

N° 10 PRESSO LO STUDIO PRIVATO A BORGOSIESA

INTERVENTO SALTUARIO PRESSO ASILO NIDO COMUNE DI VARALLO

Data, 16/04/2024

In fede

Elisa Casalino

Regione Piemonte
C.IPA:a13_f952 R.PROT:RP01
Asl No Novara AOO:ASLNO

Nr. 0034370/24 Del 28/05/2024

SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORI
Classifica 1.4.13

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità