

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

In riferimento all'incarico LIBERO PROFESSIONALE conferito dall'ASL NO in
con provvedimento n° _____ in data _____ per lo svolgimento dell'attività di
TERAPISTA DELLA NEUROPSICOPATOLOGIA C/O NPI

Il/La sottoscritto/a dott./dott.

PLATINI MARIA ANTONIO

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"):

LIBERA PROFESSIONE C/O STUDIO PRIVATO SITO

IN BORGOMANERO (NO) PER 20 ORE SETTIMANALI

Regione Piemonte
C.IPA:a13_f952 R.PROT:RP01
Asl No Novara A00:ASLNO

Nr. 0034366/24 Del 28/05/2024

SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORI
Classifica 1.4.13

Data 16/4/2024

In fede

M. Platini

Allegati: Fotocopia di documento di identità in corso di validità

Servizio Personale/ Dichiarazione insussistenza conflitto di interessi