

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico LAVORO AUTONOMO LIBERO conferito dall'A.S.L. NO in
PROFESSIONALE
con provvedimento n° 184 in data 27/3/2024 per lo svolgimento dell'attività di
MEDICO DI CHIRURGIA

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa PROCINO MARCO

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") :

ATTIVITA' AMBULATORIALE PRESSO POLIAMBULATORIO
CENTRO MEDICO SINERGIE ARONA

Regione Piemonte
C.IPA:a13_f952 R.PROT:RP01

Asl No Novara A00:ASLNO

Nr. 0024488/24 Del 15/04/2024

SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORI
Classifica 1.4.13

Data, 5/4/2024

In fede

Marco Procino

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità

Servizio Personale/ Dichiarazione insussistenza conflitto di interessi.