

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico PSICOLOGO DELLE CURE PUNANIE conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° 291 in data 23/4/25 per lo svolgimento dell'attività di
PSICOLOGO DELLE CURE PUNANIE

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

Nr. 0028795/25 Del 05/05/2025

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa PAULUCCI DIETTA

SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORI
Classifica 1.4.13

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

- ☒ riguardo alle ipotesi di inconferibilità, di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato o con sentenza di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p. per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale (reati contro la pubblica amministrazione), secondo quanto disposto dall'art. 3, c.1, lett. C, del D. Lgs. n. 39/2013;
- ☒ relativamente alle ipotesi di incompatibilità, di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa;
- ☒ 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"):

STUDIO PRIVATO (10 h) ATTIVITÀ LIBERA PROFESSIONALE

SIONE IN STUDIO PROPRIO

DICHIARA, inoltre

☒ di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione all'ASL NO qualora sopraggiungano situazioni, nel corso dell'incarico, che modifichino la presente dichiarazione.

In fede



Data,

1/5/25

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità