DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico conferito dall'A.S.L. NO per lo svolgimento dell'attività di docenza al corso ECM : ***"La valutazione funzionale nei disturbi dello Spettro Autistico: approcci evolutivi e funzionali"***

La sottoscritta **Dr.ssa Valentina Spagone**

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:

. _____

. _____

. _____

Data, 11/05/18

In fede

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità