

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: BLS-D Pediatrico Per Operatori Sanitari Irc

Il sottoscritto

Dott. Marco Fadde

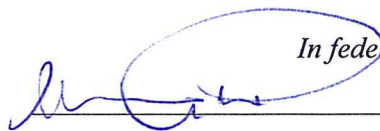
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la sua personale responsabilità

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, 8/03/2019

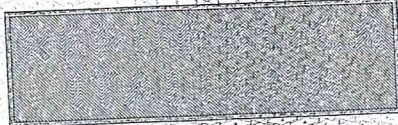
 In fede

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità

Cognome... **FADDE**
 Nome... **MARCO**
 nato il... **01/01/1969**
 (atto n. **00023** P. **11A** S. **1969**)
 a... **TORINO (TO)**
 Cittadinanza... **ITALIANA**
 Residenza... **TORINO**
 Via... **VIA SOBRERO ASCANIO 20**
 Stato civile... **STATO LIBERO**
 Professione... **MEDICO CHIRURGO**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura... **1.76**
 Capelli... **CASTANI**
 Occhi... **CASTANI**
 Segni particolari... *******


 Firma del titolare *Marco Fadde*
TORINO il **14/06/2018**
 Impronta del dito indice sinistro *[Signature]* SINDACO
AY6822316
DESKTOP-3TMHJQT
14:35



 VALEVOLE FINO AL **01/01/2029**
AY 6822316


REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI
TORINO
CARTA D'IDENTITÀ
N° AY 6822316
 DI
FADDE
MARCO

IP.Z.S. s.p.A. - O.C.V. - ROMA