

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico Medico Lib. Prof. conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° 379 in data 12/07/2021 per lo svolgimento dell'attività di

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

ARZELLI SPANZA LINDA

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") :

PERO' LABIUTA COME MEDICO VACCINAZIONE

FINO AL 15/09/2021

Data,

In fede

08/09/2021
X [firma]
Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità