

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico FARMACIA TERRITORIALE conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° 365 in data 18/05/2021 per lo svolgimento dell'attività di

III/ La sottoscritto/a dott./dott.ssa BEATRICE FAIRELLI

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"):

NULLA

Data, 18/05/2021

In fede

Beatrice Fairelli

Regione Piemonte
C.IPA: a13_f052 R.PROT: RP01
Asl No Novara AOO: ASLNO

Nr. 0035445/21 Del 19/05/2021

~~SEGRETERIA~~ DEL PERSONALE E VALORI
Classifica 1.4.2

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità