

Regione Piemonte  
C.IPA:a13\_f932 R.PROY:RP01  
Asl No Novara AOO:ASLNO  
Nr. 0049219/21 Del 07/07/2021  
SISTEMA DEL PERSONALE E VALORI  
Classifica 1.4.2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico \_\_\_\_\_ conferito dall'A.S.L. NO in  
con provvedimento n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per lo svolgimento dell'attività di  
\_\_\_\_\_ MEDICO VACCINATORE \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ MACCHI SILVIA \_\_\_\_\_

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"):

attività di libero professionista come medico vaccinatore presso Habilita S.p.A. (7h in giornata 08/07/2021, 7h a giornata nel periodo 02/08/2021-16/08/2021, 7h nei giorni 19 e 20/07/2021)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data, 06/07/2021

In fede

*Silvia Macchi*

**Allegati :** Fotocopia di documento di identità in corso di validità

Servizio Personale/ Dichiarazione insussistenza conflitto di interessi