

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento all'incarico MEDICO PACCINATOLLO conferito dall'A.S.L. NO in
con provvedimento n° 349 in data 12/07/21 per lo svolgimento dell'attività di

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

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"):

SOSTITUZIONI NOME

SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Data, 09/07/2021

In fede 

Allegati : Fotocopia di documento di identità in corso di validità

Servizio Personale/ Dichiarazione insussistenza conflitto di interessi.