

Regione Piemonte
C.IPA:a13_f952 R.PROT:RP01
Asl No Novara AOO:ASLNO
Nr. 0049962/21 Del 09/07/2021
~~REGIONE PIEMONTE~~ NEL 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 _____

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ ELISA MARIA ROSSI

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, 08/06/2021

In fede

Elisa Rossi

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

Servizio Personale/ Dichiarazione insussistenza conflitto di interessi.