REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a ATZENI (cognome) CATIA (nome)

nato a CAGLIARI (luogo di nascita) (CA) (prov.) il 28/09/1971 (data di nascita)

residente a DOLIANOVA (luogo) (CA) (prov.)

in Via CORSO REPUBBLICA (indirizzo) n. 258, C.

in relazione al conferimento dell'incarico di MEDICO DI PEDIATRIA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

☒ Che non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interesse (art. 53, comma 14, D.LGS. 165/2001)

Si☐ NO☒ Di svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

se SI dettagliare l'incarico _____

Si☐ NO☒ Di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

se SI dettagliare la carica _____

Si☐ NO☒ Di svolgere attività professionali;

se SI dettagliare l'attività _____

_____

_____

_____

Dichiaro di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. N. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati secondo le disposizioni di legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini degli adempimenti di cui al D.LGS n. 33/2013 e all'art. 53 del D.LGS n. 165/2001

_____, _____
(luogo) (data)

Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Spazio riservato all'Ufficio ricevente, da utilizzare in alternativa all'allegazione della fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante _____

Il dipendente addetto (timbro e firma)

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA ASL N° 7 CARBONIA