REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto AVV. MARIA LUISA LOVICU

nato a NUORO IL 21.03.1968

residente a CAGLIARI, VIA SONNINO N. 37 – CAP. 09125

in relazione al conferimento degli incarichi dell'anno 2016

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 DI AVVOCATO

LIBERO PROFESSIONISTA

Lo scrivente si impegna a comunicare eventuali sopravvenute variazioni dello *status* di cui sopra.

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.

CASSANO 20 DICEMBRE 2016
(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)