

Spett.le
A.P.S.P. - "Redenta Floriani
Via Borgo Allocco n. 2
38059 CASTEL IVANO

Oggetto: Dichiarazione ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001

Il/La sottoscritto/a BORTOLINI ELISABETTA nato/a a MILANO il 09/03/1969
cui codesta amministrazione ha conferito, per il periodo dal 30/11/2016 al 07/12/2016 ,
l'incarico di sostituzione del medico titolare dott. Loiacono Pietro, dichiara, ai sensi delle norme
indicate in oggetto:

- di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi derivanti dall'incarico ricevuto;
- di non svolgere alcun incarico e di non avere alcuna titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di esercitare altra attività professionale;
- di svolgere l'incarico di _____
presso _____, ente di diritto privato regolato/finanziato
dalla pubblica amministrazione;
- di avere la titolarità della carica di _____
presso _____, ente di diritto privato regolato/finanziato
dalla pubblica amministrazione;
- di svolgere l'attività professionale di libera professione.

Luogo MILANO, data 07.12.2016

Dott. Elisabetta Bortolini
Firma
Medico
Cell. 333 1324350