

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 FILIPPO BINO nato/a a TIONE il 10-05-1949
cui codesta amministrazione ha conferito, per l'anno 2017, l'incarico
di COORDINATORE SANITARIO, 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 _____.

Luogo STRIGNO, data 04-01-2017

Firma


