

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 sottoscritto LATINA MAURO nato a BOSTON
il 24/09/76 cui codesta amministrazione conferito per l'anno 2016 l'incarico
di medico sostituto, dichiara, ai sensi delle norme indicate in oggetto:

di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi derivanti dall'incarico ricevuto;

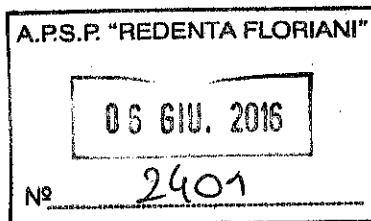
di non svolgere alcun incarico e di non avere alcuna titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di esercitare altra attività professionale;

di svolgere l'incarico di CONTINUITA' ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO
presso APSS TRENTO, 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 FEDIC.

Castel Ivano 03/06/16



Firma
MAURO LATINA
Dot. MAURO LATINA
Medico Chirurgo
O.M. SR n° 3743