

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 LOIACONO PIETRO nato a CATANIA il 06/10/1982 cui codesta amministrazione conferito per il periodo dal 23/05/2016 al 31/12/2016 l'incarico di medico coordinamento ed assistenza medica, 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 Medico coordinatore presso l'APSP San Filippino di Giarre (TA).

Castel Ivano 25/05/2016

Firma



