

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 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 _____ 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'APSS San Filippino di Gropo (TN)

Castel Ivano 25/05/2016

Firma

