

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

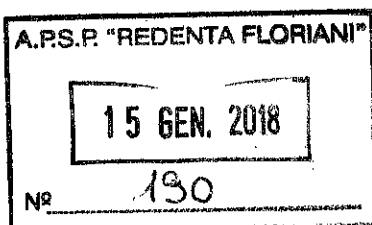
Il/La sottoscritto/a VERGARI ANNALISA nato/a a MESAGNE (BR) il 31/01/1978
cui codesta amministrazione ha conferito, per il periodo dal 01/10/2018 al
31/12/2018 l'incarico MEDICO COORDINATORE
_____, dichiara, ai sensi delle norme indicate in oggetto:

- 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 15/01/2018 data Castellivano

Firma

Annalisa Vergari



3