

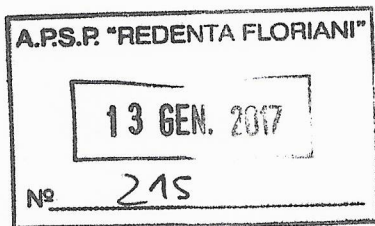
Spett.le
A.P.S.P. - "Redenta Floriani"
Via Borgo Allocco n. 2
38059 CASTEL IVANO

Oggetto: Dichiarazione ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001

Il/La sottoscritto/a VERGARI ANNALISA nato/a a _____
cui codesta amministrazione ha conferito, per il periodo dal 01/01/17 al
31/12/17 l'incarico SOSTITUTO MEDICO TITOLARE
_____, 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 MEDICO CONVENZIONATO
presso RONCEGNOT "RSASangiappa" 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.

Luogo 13/01/17, data Strigno



Firma

Annalisa Vergari

E