DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO D'INTERESSI MOD 6 rev 2

All'Azienda UslUmbria1
U.O. FORMAZIONE
Parco S. Margherita - Perugia
aslumbria1@postacert.umbria.it
Referente: Laura Scassini 075/5412676

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 445/2000)

In riferimento all'incarico conferito dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1 per lo svolgimento dell'attività di

docenza al Corso _valutazione multidimensionale dei bisogni e misurazione di outcome in cure palliative_IPOS e la suite di OACC__ID n.3260___

Io sottoscritto/a___Simone Veronese_____C.F. __VRNSMN70L08L219S_____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la mia responsabilità

DICHIARO ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del Dlgs n. 33/2013

X

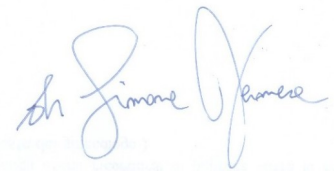
☐ la insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in merito all'attività di cui sopra;

☐ *i seguenti dati relativi allo svolgimento di (altri) incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o lo svolgimento di attività professionali (in caso di non svolgimento di altre attività lavorative o di non titolarità di cariche, scrivere "nulla":*

. _____

. _____

Autorizzo il trattamento dei dati nel rispetto del codice della Privacy e s.m.i. e del Regolamento europeo 679/2016, come meglio specificato nella informativa per i fornitori visionabile nel Sito Aziendale al seguente link: http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy

DATA_13/09/2022_ ***Firma*** 

La presente dichiarazione deve essere inviata esclusivamente con le seguenti modalità:
1 PEC all'Azienda UslUmbria1 aslumbria1@postacert.umbria.it e per conoscenza alla referente laura.scassini@uslumbria1.it
2 per posta ordinaria all'ufficio protocollo della AZ. UslUmbria1
3 consegnato a mano presso U.O. Formazione o ufficio protocollo della Azienda UslUmbria

Allegati: **Fotocopia di documento di identità in corso di validità**