

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a FRANCO BALLARÉ, in relazione al conferimento da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Novara - VCO (C.F. 80010200030) di incarico DI MEDICO COMPETENTE per il periodo _____,

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,

DICHIARA

- ✓ Che non sussistono situazioni, anche potenziali, di incompatibilità e di conflitto di interesse con l'incarico in oggetto (art. 53 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.);
- ✓ Che presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione (art. 15 comma 1 D.Lgs. 33/2013):
 - Non svolge incarichi;
 - ✗ Svolge i seguenti incarichi MEDICO COMPETENTE
 - ✗ Non è titolare di cariche;
 - Ricopre le seguenti cariche _____
 - Non svolge attività professionali;
 - ✗ Svolge le seguenti attività professionali SORVEGLIANZA SANITARIA

Dichiara inoltre di essere informato che:

- ✓ La presente dichiarazione sarà pubblicata, insieme al curriculum vitae e all'indicazione del compenso percepito, sul sito web dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Novara - Vco, sezione Amministrazione Trasparente, come previsto dal D.Lgs. 33/2013, art. 15, comma 1 e dalla Delibera A.N.A.C. n. 213/2020;
- ✓ I dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI VARIAZIONE DELLA SITUAZIONE SOPRA DICHIARATA.

Luogo e data
NOVARA, 21/07/2020

IL DICHIARANTE

