

Al Direttore della Direzione Regionale
Salute e Politiche Sociali

SEDE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÁ
(ex art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto _____IRLANDO FEDERICO__nato a _____VICO EQUENSE_____. Il
_____13/03/1985_____ nell'accettare l'incarico di LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PER
FARMACISTI PER L'ESECUZIONE DI ATTIVITA' DI FARMACOVIGILANZA da espletare presso la
Direzione regionale _____SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA_____,

VISTA la norma contenuta all'art. 53, comma 14, del D.Lgs. 30.03.2001 n.165 e ss.mm.ii.;

CONSAPEVOLE delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui
all'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi dell'art. 53 del
D.Lgs. 165/2001, per lo svolgimento dell'incarico di cui in premessa.

Data ____22/11/2019_____

In fede
(firma del dichiarante)


