

Al Direttore della Direzione Regionale
Salute e Integrazione Sociosanitaria

SEDE

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

La sottoscritta Lioni Maria Francesca, nell'acceptare l'incarico di collaborazione coordinata e continuativa per Farmacisti per lo svolgimento di attività di Farmacovigilanza da espletare presso la Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria,

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 06/04/2023

FIRMATO

LIONI MARIA FRANCESCA