

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 ROMANA PINCIATORE nato a ROTA il 08/10/1977 nell'acceptare  
l'incarico di COLLABORATORE 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 30/05/2013

In fede  
(firma del dichiarante)

