

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 SARA SALTANO nato a ROMA il 16.05.1987
nell'accettare l'incarico di COLLABORATORE FARMACOVIGILANZA da espletare presso
la Direzione regionale VITERBO,

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 01/07/22

In fede
(firma del dichiarante)
Sara Saltano