Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brianza

D I C H I A R A Z I O N E

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii)

La sottoscritta_____LAURA FAGNANI_____libero professionista/consulente/borsista presso l'A.T.S. della Brianza, consapevole delle responsabilità civili, amministrativi e penali relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.

la sottocritta si impegna a comunicare tempestivamente alla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane dell'ATS della Brianza ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

(Luogo e data) _MONZA 20/12/2024

IL DICHIARANTE

_ ___