

Servizio Sanitario Nazionale

Regione Umbria



**MOD. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 47 e 48 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)**

Il sottoscritto

Nato a

Residente a

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalla decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con provvedimenti emanati in base a dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n.445

DICHIARA

Di non trovarsi in nessuna condizione anche potenziale di incompatibilità/conflicto di interessi per l'attività di consulenza svolta a favore dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, conferita con provvedimento n. 469 del 20/05/2025 ai sensi dell'art.53 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 e Regolamento UE/2016/679 – General Data Protection Regulation (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data Terni, 03/06/2025

Firma del dichiarante



Avvertenza:

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR 445/2000 e s.m.i. alla dichiarazione deve essere allegata, copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.