Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 art. 15 comma 1, lett.c)
(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Prot. n. 0056155/24 del 27/11/2024

nome *cognome*

Il/la sottoscritto/a RAFFAELLA COSTA

nato/a a PARMA il 05/02/1966

in relazione al conferimento del seguente incarico di **consulenza/collaborazione** presso "ASST del GARDA" in qualità di PEDIATRA

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, **dichiara** (barrare SOLO le caselle che interessano), sotto la propria personale responsabilità, quanto segue, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 sopracitato:

☑ di **non svolgere** incarichi o di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

☐ di **non svolgere** altre attività professionali

oppure

☐ di **svolgere** i seguenti incarichi o di essere titolare delle seguenti cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Descrizione carica/incarico ricoperto	Ente

☑ di **svolgere** la/le seguenti attività professionali:

Descrizione attività	Note
Libera professione presso Pediacoop	

☐ dichiaro altresì che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi

in alternativa

☑ dichiaro di impegnarmi a rimuovere eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione, dandone immediata comunicazione per iscritto all'Ufficio Protocollo di questa Azienda.

Il/la sottoscritto/a -preso atto dell'informativa predisposta dall'A.S.S.T. del Garda, consultabile sul sito internet www.asst-garda.it alla sezione privacy- esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati in conformità a quanto dalla stessa previsto e nel rispetto del G.D.P.R. 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali).

lì Lesignano Bagni 21/10/2024 F.to Costa Raffaella

luogo *data* *nome cognome*

Allega alla presente dichiarazione copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.