

**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. 0056539/24 del 29/11/2024

nome

cognome

Il/la sottoscritto/a Bianca

Cotelli

nato/a a Brescia

il 06/08/1999

in relazione al conferimento del seguente incarico di **consulenza/collaborazione** presso "ASST del GARDA" in qualità di **Medico**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 |
|---|------|
| Medico di Guardia presso Casa di cura San Camillo |      |
|   |      |
|   |      |

 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](http://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).

li Brescia

luogo

30/11/2024

data

F.to

nome cognome

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