

Il/la sottoscritto/a BONAGLIA WIGINato/a CASALTIAGGIORE (CR) il 7/6/1948In relazione al conferimento del seguente incarico di consulenza/collaborazione presso l'Azienda Socio Sanitaria di Cremona in qualità di MEDICO VACCINATORE

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 da Pubblica Amministrazione di non svolgere altre attività professionali

oppure

 di svolgere i seguenti incarichi o di essere titolare delle seguenti cariche in 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
<u>MEDICO VOLONTARIO NON</u>	<u>ONLUS GRUPPO ARTICOLO 32</u>
<u>DETRUBUITO</u>	<u>CREMONA</u>

 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 Socio Sanitaria Territoriale.CREMONA, il 12/10/2023

IL DICHIARANTE

Wigi Bonaglia
(firma leggibile)