Sistema Socio Sanitario



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.mmm, ii.)

Descrizione attività MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE dichiaro altresì che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in alternativa	QUARATINO Giovanni II/La sottoscritto/a	
Sanitoria di Cremona in qualità di consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sonsi dell'ari, 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara (borrare 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 appure 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 (a/le seguenti attività professionali): Descrizione attività Note MEDICINA LEGALE In LIBERA PROFESSIONE dichiaro altresì che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in alternativa dichiaro di impegnarmi a rimuovere eventuali situazioni di confiitto di interessi, anche potenziali, entro ii termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione, dandane immediata comunicazione per iscritto all'ufficio Protocollo ai questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale.		19/03/1961 il
consapevola 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 (borrare 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 □ di svolgere a/le seguenti attività professionali: □ Descrizione attività □ Note □ MEDICINA LEGALE □ IN LIBERA PROFESSIONE □ 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.		
dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara (borrare 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 MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE 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 ii termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione, dandone immediata comunicazione per iscritto all'ufficio Protocollo di questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale. REMONA 1 04.04.23	samana ar Cremona in quaina ar	
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 □ Descrizione attività Note □ MEDICINA LEGALE □ IN LIBERA PROFESSIONE □ dichiaro altresì che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in alternativa □ dichiaro di impegnami a rimuovere eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, entro ii termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione, dandone immediata comunicazione per iscritto all'Ufficio Protocollo di questa Azienda Socio Sanitario Territoriale.	dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara (barrare	SOLO le caselle che interessano), sotto la propria personale
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 □ Descrizione carica / Incarico ricoperto □ Ente □ Descrizione attività professionali: □ Descrizione attività Note □ MEDICINA LEGALE □ IN LIBERA PROFESSIONE □ 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. REMONA □ M. Ch. 23	di <u>non svolgere</u> incarichi o di non essere titolar Pubblica Amministrazione	re di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati da
□ 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 □ En	□ di <u>non-svolgere</u> altre attività professionali	
regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione: Descrizione carica / Incarico ricoperto Ente di svolgere la/le seguenti attività professionali: Descrizione attività Note MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE 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 Protacollo di questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale. REMONA REMONA		oppure
✓ di <u>svolgere</u> la/le seguenti attività professionali: Descrizione attività Note MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE ✓ 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. REMONA	di <u>svolgere</u> i seguenti incarichi o di essere titola regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione	are delle seguenti cariche in cariche in Enti di diritto privato ::
Descrizione attività MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE ✓ 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.	Descrizione carica / Incarico ricoperto	Ente
Descrizione attività MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE ✓ 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.		
Descrizione attività MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE ✓ 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.		
Descrizione attività MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE ✓ 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.		
MEDICINA LEGALE IN LIBERA PROFESSIONE ✓ 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.	✓ di <u>svolgere</u> la/le seguenti attività professionali:	
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. REMONA , ji 04.04.23	Descrizione attività	Note
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. REMONA	MEDICINA LEGALE	IN LIBERA PROFESSIONE
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. *REMONA		,
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. *REMONA	·	
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. *REMONA		
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. REMONA , lì 04.04,23		
termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione, dandone immediata comunicazione per iscritto all'Ufficio Protocollo di questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale. REMONA	in	alternativa
	termine di 15 giorni dalla data della presente dich	nìarazione, dandone immediata comunicazione per iscritto
	CREMONA 04.04.23	
yie gulo		ILDICHIARANTE
		yie guto