**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.)

Il/La sottoscritto/a T. M. R

Nato/a a [redacted] il [redacted]

In relazione al conferimento del seguente incarico di **consulenza/collaborazione** presso l'Azienda Socio Sanitaria di Cremona 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 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 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

☐ 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, lì 31/08/2023

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

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