

Il/la sottoscritto/a MAURO MORZETTI
 Nato/a il 16-10-1960 a Brescia

In relazione al conferimento del seguente incarico di consulenza/collaborazione presso l'Azienda Socio Sanitaria di Cremona in qualità di Medico Vaccinatore

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 Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Descrizione carica / Incarico ricoperto Ente

di svolgere la/e seguenti attività professionali:

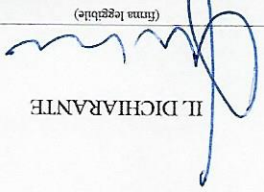
Descrizione attività Note

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

in alternativa

dichiaro di impegnarmi a rinuovere 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.

Brescia, il 12/10/2022

IL DICHIARANTE

 (firma leggibile)

DOCT. MAURO MORZETTI
 Medico Chirurgo
 Via Montini, 171/B
 25065 LUMEZZANE (Brescia)
 Tel. 030.829493
 Iscr. Ord. Medici n. 7296

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