

**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 ILARIA VALLE

Nato/a a CREMA il 28-08-1978

In relazione al conferimento del seguente incarico di **consulenza/collaborazione** presso l'Azienda Socio Sanitaria di Cremona in qualità di TERAPISTA IN AREE EDUCATIVE  
RIVOLTO A MINORI AFFETTI DA SINDROME AUTISTICA

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
Vice Presidente	ASSOCIAZIONE FENICE APS
Tesoriera	"

di **svolgere** la/le seguenti attività professionali:

Descrizione attività	Note
LIBERA PROFESSIONE	TRATTAMENTI e CONSULENZE
	PNC - EDUCATIVE

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.

CREMA, il 28-12-2022

IL DICHIARANTE

Ilaria Valle  
(firma leggibile)

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