

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
ai sensi del D.lgs. n.33/2013 art. 15 comma 1, lett. c)
(sostitutiva di certificazioni e atti di notariet , ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a FABIO MASSIMO STEFANONI

Nato/a a SORESINA (CR) il 25/04/1981

In relazione al conferimento del seguente incarico di **consulenza/collaborazione** presso l'Azienda Socio Sanitaria di Cremona in qualit  di PSICOLOGO

consapevole delle responsabilit  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 responsabilit , 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 attivit  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 attivit  professionali:

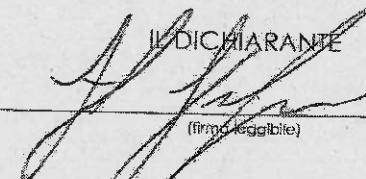
Descrizione attivit�	Note
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO	
PSICOLOGO RESPONSABILE INSERIMENTI PERSONALE SVANTAGGIATO	COOPERATIVA SOCIALE CURE VERDE

dichiaro altres  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 14/11/2022

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

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