

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.)

La sottoscritta Cristina SOMA

nata a Borgomanero (NO) il 16 settembre 1965

in relazione al conferimento dell'incarico per la rappresentanza e la difesa dell'Azienda Socio Sanitaria di Cremona nel **giudizio promosso dai signori** ~~ANDREOCCHI SILVIA, AZZALI MONALISA, DALDINI RITA, BUTTARELLI NOEMI, CATOIA SALVATORE, CONTESINI MASSIMO, DALZINI FEDERICA, DODI LIZZA, FONTANILI ALESSANDRA, LUCCHETTI DANILLO, MEGARO ANGELINA, MENOZZI IRMA, MORIZZI ANTONELLA, PINARDI MICHELE, RANA GIULIANA, SACCANI CRISTIAN, SERENI CLAUDIA, TENCA TIZIANA, ZAFFANELLA LAURA~~ **avanti al Tribunale di Cremona - Sezione Lavoro - Giudice Dott.ssa Di Marco - R.G. n. 149/2021**

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

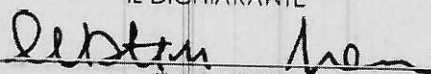
dichiaro altresì che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi

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.

Milano, li 26 agosto 2021

IL DICHIARANTE


(firma leggibile)

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