

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale BI di Biella

Oggetto: CONFERIMENTO D.L. - deliberazione n. 429 in data 27-10-2020
INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO EX D.L. 18/2020 (ART. 2-BIS, COMMA 3) 4 ANNI LAUREATO IN MEDICINA E
CHIRURGIA PER FABBISOGNI STRAORDINARI LEGATI AD EMERGENZA COVID-19

Il sottoscritto ELENA MANNA con studio in _____ Via _____
_____ iscritto all'Ordine
DEI MEDICI di BIELLA

relativamente all'incarico di cui alla deliberazione in oggetto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di incompatibilità e conflitto di interesse con l'incarico di cui alla deliberazione in oggetto;

nonché, qualora di pertinenza,

- che presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

non svolge incarichi;
 svolge i seguenti incarichi _____

non è titolare di cariche;
 ricopre le seguenti cariche _____

non svolge attività professionale;
 svolge le seguenti attività professionali _____

AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. 196/2003 DICHIARA INFINE DI ESSERE INFORMATO CHE:

- il curriculum vitae e il compenso relativo all'incarico *de quo* saranno pubblicati unitamente al presente modulo sul sito web dell'ASL BI, sezione Amministrazione Trasparente, come previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, art. 15, comma 1 e dalla delibera Civit n. 50/2013;
- i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data BIELLA 28-10-2020

Il dichiarante



(firmare per esteso e in forma leggibile)