

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale BI di Biella

Oggetto: CONFERIMENTO INCARICO - deliberazione n. 478 in data 03/12/2020

Il sottoscritto RAVIZZINI UDIA con studio in BIELLA Via
STRADA MONTE AAZZO 19 iscritto all'Ordine
DEI MEDICI ED ODONTOIATRI 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, 04/12/2020

Il dichiarante

Lidia Ravizza
(firmare per esteso e in forma leggibile)

