

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(sostitutiva di certificazione e atti di notorietà ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ELISA DIRAL \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ SEREGNO \_\_\_\_\_  
 (prov. \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ 16/06/1989 \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
 \_DRLLSE89H56I625C\_, in relazione all'incarico libero professionale di \_\_\_\_\_ MEDICO  
 EMATOLOGO \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ 15/01/2021 \_\_\_\_\_,  
 presso la S.C./S.S.D. \_\_\_\_\_ EMATOLOGIA \_\_\_\_\_ dell'Azienda Socio  
 Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, consapevole delle sanzioni penali  
 previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 s.m.i. per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto  
 la propria responsabilità

#### DICHIARA

1.  di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

#### OPPURE

- di essere titolare delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

Incarico	Ente	Periodo

2.  di non svolgere ulteriori attività professionali;

#### OPPURE

- di svolgere le seguenti ulteriori attività professionali:

Attività professionale	Periodo

3.  dichiara, infine, che non sussistono altre situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;
4.  si impegna a dare tempestiva comunicazione di situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi di qualsiasi natura, personali; , del coniuge, di conviventi, di parenti o di affini entro il secondo grado, che insorgano nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Data 21/12/2020

F.to dr.ssa

Elisa Diral

Il/La sottoscritto/a:

- dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- autorizza l'ASST Grande Ospedale Metropolitani Niguarda a pubblicare la presente dichiarazione sia sul sito internet aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sia nella sezione Anagrafe delle prestazioni del sito internet PerlaPa – Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il/la dichiarante

F.to dr./dr.ssa (digitare nome e cognome)

Elisa Diral