

DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO D'INTERESSI **MOD 6** rev 2

All'Azienda UslUmbria1
U.O. FORMAZIONE
Parco S. Margherita - Perugia
aslumbria1@postacert.umbria.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445/2000)

In riferimento all'incarico conferito dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1 per lo svolgimento dell'attività di docenza ai Corsi __Advance Life Support (ALS) IRC__ ID n. C 6612

Io sottoscritto/a __DANIELA LUZI__ C.F. _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la mia responsabilità

DICHIARO ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del Dlgs n. 33/2013

X la insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in merito all'attività di cui sopra;

X i seguenti dati relativi allo svolgimento di (altri) incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o lo svolgimento di attività professionali (in caso di non svolgimento di altre attività lavorative o di non titolarità di cariche, scrivere "nulla"):

· _____ NULLA _____
· _____

Autorizzo il trattamento dei dati nel rispetto del codice della Privacy e s.m.i. e del Regolamento europeo 679/2016, come meglio specificato nella informativa per i fornitori visionabile nel Sito Aziendale al seguente link:
<http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy>

DATA __11/02/2025__

Firma _____

La presente dichiarazione deve essere inviata esclusivamente con le seguenti modalità:

- 1 PEC all'Azienda UslUmbria1 aslumbria1@postacert.umbria.it
- 2 per posta ordinaria all'ufficio protocollo della AZ. Usl Umbria1
- 3 consegnato a mano presso U.O. Formazione o ufficio protocollo della Azienda Usl Umbria

Allegati: Fotocopia di documento di identità in corso di validità