

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)Il/la sottoscritto/a VERSACI GIADA nato a NONZA (MB) il06/07/1995 residente a CINISELLO B MO (MI), in via TEPOLO n. 24**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000****DICHIARA**

- di ~~appartenere~~/non appartenere ad Associazione/Organizzazione, il cui ambito di interesse interferisce con lo svolgimento della mia attività di collaboratore professionale di medico vaccinatore;
 - se affermativo specificare l'Associazione/Organizzazione di appartenenza:

- di ~~aver avuto~~/non aver avuto, negli ultimi tre anni, rapporti diretti/indiretti, di collaborazione con soggetti privati;
 - se affermativo specificare il soggetto privato:
Fondazione Martinelli Onlus
KOS care SRL
- che i predetti rapporti di collaborazione sono ~~intercorsi~~/intercorrono con soggetti che ~~hanno~~/non hanno interessi in attività o decisioni inerenti l'ufficio di assegnazione e/o con l'incarico a me conferito;
- di impegnarsi ad informare tempestivamente il proprio Responsabile qualora successivamente alla presente sottoscrizione il medesimo, il coniuge, il convivente, i parenti o affini entro il secondo grado avessero rapporti diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti il mio incarico;
- di aver preso visione e di accettare quanto previsto in materia di conflitto di interessi dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e del Codice di Comportamento aziendale.

Data e luogo 1/12/2021 Cinisello Bmo

IL DICHIARANTE

Dott.ssa Giada Versaci
Medico Chirurgo
C.F.: VRSGDI95L46F704K
O.M. MI n. 48429