

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

### **RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI E DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI** **(ex art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

All'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana

La sottoscritta CHIARA AVALLONE Nata a MONZA (MB) il 02/04/1985.

In relazione all'incarico di consulenza in materia di PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA PER IL PROGETTO "EUE" anno 2021

consapevole delle conseguenze penali, civili ed amministrative previste dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni non veritiere e false attestazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del medesimo DPR, sotto la propria responsabilità,

#### **DICHIARA**

ai sensi dell'art. 15 comma 1 lettera c del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013:

di non svolgere incarichi e di non essere titolare di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di svolgere attività libero-professionale privata.

ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001:

— di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente all'U.O.C. Affari Generali e Legali ogni variazione della situazione sopra richiamata, rendendo una nuova dichiarazione.

Dichiara inoltre di essere informato che:

- ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'ASST Lariana, unitamente al curriculum vitae, nella sezione "Amministrazione Trasparente/Consulenti e Collaboratori";
- i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

#### **Autorizza**

il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, ai sensi della vigente normativa in materia.

Como, 15/05/2021

f.to dr.ssa Chiara Avallone

Ai fini predetti allega copia del documento d'identità in corso di validità.