

Al Direttore della
Direzione Regionale
Salute e Integrazione Sociosanitaria
SEDE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ex art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto.....EUSABETTA UMANA..... nato a.....SASSARI.....
il 16/12/1968.....nell'accettare l'incarico di COLLABORATORE DI FARMACOVIGILANZA da
espletare presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria,

VISTA la norma contenuta all'art. 53, comma 14, del D.Lgs. 30.03.2001 n.165 e
ss.mm.ii.;

CONSAPEVOLE delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli
atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, per lo svolgimento dell'incarico di cui in premessa.

Roma li, 17/11/2014

In fede
(firma del dichiarante)

Elisabetta Umana