

Al Direttore della Direzione Regionale
Salute e Politiche Sociali

SEDE

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

Il sottoscritto VANIA KALIA CINCIA nato a BARI il 11-9-1972 nell'accettare
l'incarico di COLLABORATORE PER LA FORMAZIONE da espletare presso la Direzione regionale
"SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA" ^{CILIENTA}

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.

Data 27/11/2018

In fede
(firma del dichiarante)

