



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

COLLABORATORI
***Dichiarazione ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013 in
dichiarazione sostitutiva di atto notorio***

Io sottoscritto Barbara Sartore nato a
Novara () il 27 / 10 / 1962 e residente in
Romentino (No) in Via
Fornaroli n. 8 in
veste di collaboratore (lettera prot. n. _____ del ___/___/____)

Consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARO

relativamente a quanto disposto dal D.Lgs. 33/2013 art. 15 c. 1, lettera c):

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o non avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

ovvero

- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere le seguenti titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
(indicare titolo dell'incarico/carica, denominazione ente, durata dell'incarico/carica, compenso)



SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale

ovvero

di svolgere la seguente attività professionale (*indicare tipologia, denominazione ente/società/studio*)

coordinatore ___ Fisioterapita ___ presso SC Med Fisica e Riabilitativa _AOU Osp Maggiore della
carità di

Novara _____

SEZIONE III – CONFLITTO DI INTERESSI

di non avere grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il rettore, il direttore generale o un componente del consiglio di amministrazione dell'Ateneo".

Data 11 / 5 / 2017

Firma

*La suddetta dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, D.P.R. 445/2000*