

Allegato B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(ART. 47 D.P.R. 445 DEL 28.11.2000)**

Il/la sottoscritto/a _____,
nato a _____ (_____) il _____
e residente a _____ (_____) in
via/viale/p.zza/loc. _____ n. _____,
C.F. _____ recapito telefonico _____
Mail _____ PEC _____,

consapevole che, in caso di dichiarazioni false e mendaci, sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, con riferimento all'incarico professionale per l'attività di medico legale e delle assicurazioni, l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con la gestione Liquidatoria dell'ATS Sardegna, l'ARES e/o le Aziende socio-sanitarie locali. Ai fini dell'autenticità della firma, allego alla presente dichiarazione fotocopia del documento di identità e fotocopia del tesserino dell'Ordine dei Medici e Chirurghi.

Data _____

Firma _____