

Allegato B

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(art. 47 D.P.R. 445 del 28.11.2000)

Il / La sottoscritto/a _____ nato / a _____ a
_____ residente in _____ prov. (_____)
via _____ tesserino n. _____, 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 Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori.

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.

Milano, li _____

firma _____