DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto MALTESE MARCELLO

nato a ..... il .....

e residente a ..... in via .....

C.F. ..... in relazione all'incarico professionale relativo alla docenza per un corso di formazione per operatore BLSD destinato ai dipendenti del Libero Consorzio Comunale di Ragusa, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità:

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 53 comma 14 del D.lgs. n. 165/2001;
- l'insussistenza delle fattispecie di inconferibilità ed incompatibilità contemplate dal D. Lgs n.39/2013
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito dell'Amministrazione;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative alla presente dichiarazione.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento.

RAGUSA 07.07.2025
(luogo) *(data)*

Dott. MARCELLO MALTESE
Specialista in Medicina del Lavoro
Studio: Via Aldo Moro, 2 - Modica (RG)
Tel./Fax 0932 903288 - cell. 333 3313517
C.F.: MLTMCL 68L28 H163J
Partita IVA: 01288210881
(firma)