

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

### IN ORDINE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALE

[[Art. 15, c. 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013 - Artt. 38, 47 e 48 del D.P.R. n. 445/2000]]

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ DR. SCHILLACI GIUSEPPE \_\_\_\_\_ nato a \_PAOLA ( CS ) \_\_\_\_\_ il 15/12/58 \_\_\_\_\_ e residente in \_VIGNOLA \_\_\_\_\_ con riferimento all'incarico avente ad oggetto:

\_\_\_\_\_MEDICO COMPETENTE

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

#### DICHIARA

in relazione a quanto disposto dall'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013:

##### • INCARICHI E CARICHE

di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

(SPECIFICARE: natura dell'incarico, denominazione ente conferente, durata)

di essere titolare delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

(SPECIFICARE: carica ricoperta, denominazione ente conferente, durata)

##### • ATTIVITA' PROFESSIONALE

di svolgere la seguente attività professionale:

\_\_\_\_\_MEDICO COMPETENTE MEDICINA DEL LAVORO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato che i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per assolvere alle finalità di cui alla presente dichiarazione.

Luogo e data SAVIGNANO 14/10/2022

Il Dichiarante

DR. GIUSEPPE SCHILLACI  
Medico Competente in Medicina del Lavoro  
SP. L. 023/01  
Via Po, 20 - Tel. 050 705120  
41020 SAVIGNANO S.P. (MO)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI,**  
**DI CONFLITTO DI INTERESSE**

*(Art. 53, comma 14, D.Lgs. n. 165/2001 - Artt. 38, 47 e 48 del D.P.R. n. 445/2000)*

Il sottoscritto \_DR SCHILLACI GIUSEPPPE\_\_\_\_\_, nato a \_PAOLA ( CS )\_\_\_\_\_ il 15/12/58\_\_\_\_\_ (c.f. SCHGPP58T15G317F\_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_VIGNOLA\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARO**

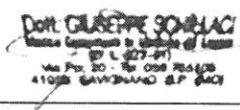
In riferimento all'incarico di collaborazione/consulenza conferitomi da \_ORDINE AVVOCAT MODENA\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_MEDICO COMPETENTE\_\_\_\_\_ che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi che ostano allo svolgimento dell'incarico medesimo (art. 53, D.Lgs. n. 165/2001);

**DICHIARO**

di essere stato informato che i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per assolvere alle finalità di cui alla presente dichiarazione.

Modena, li \_\_14/10/22\_\_\_\_\_

(firma)

  
Dott. GIUSEPPE SCHILLACI  
Medico Collaboratore in Assistenza al Lavoro  
P.L. 427/011  
Via For. 20 - Tel. 059 764128  
41028 SANCIVANO S.P. (MO)