

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

Io sottoscritto/a .....nato/a  
.....il.....  
titolare di incarico per la medicina generale o/pediatria, dal.....

avvalendomi delle disposizioni in materia di auto certificazione di cui all'art. 7 del dpr n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del dpr n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, co.1, del medesimo decreto, sotto la mia personale responsabilità, ai fini dell'espletamento delle funzioni, in forma aggregata, di gestore per la presa in carico dei pazienti cronici, di cui alle delibere della Giunta regionale della Lombardia n. X/6164 del 30/01/2017 e n. X/6551 del 04/05/2017

### DICHIARO

1. di non aver avuto negli ultimi 3 anni, nè di avere in corso rapporti di collaborazione, diretti o indiretti, comunque retribuiti, coi soggetti erogatori di prestazioni sanitarie di cui all'elenco fornitomi dall'ATS in data.....
2. di non aver avuto, con riguardo ai medesimi soggetti, negli ultimi 3 anni e di non aver in corso partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari;
3. di non avere parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente, che hanno avuto negli ultimi 3 anni o hanno in corso rapporti di collaborazioni, partecipazioni azionarie o altri rapporti finanziari coi medesimi soggetti.
4. di impegnarmi a comunicare all'ATS tempestivamente l'insorgenza di ogni possibile conflitto di interessi coi medesimi soggetti.

In fede

.....li

allegare copia carta identità