

**Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà**  
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o ..... GHEZZI SILVIA .....  
nata/o a ..... MELZO (MI) ..... il ..... 14/09/1987 .....

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 D.P.R. 445/2000) in relazione a quanto previsto dall'art. 20 comma 2 del D.Lgs n. 39 del 08.04.2013

**DICHIARA CHE**

In relazione al conferimento dell'incarico libero professionale in qualità di:

- MEDICO SPECIALISTA IN: .....
- BIOLOGO
- PSICOLOGO
- ALTRO: ..... STUDY COORDINATOR / DATA MANAGER .....

Presso la S.C. .... ONCOLOGIA FAISK .....

della A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda allo stato attuale non sussistono a proprio carico condizioni anche potenziali di conflitto d'interessi.

Dichiara altresì di essere informato che la presente dichiarazione verrà pubblicata nel sito dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda nella sezione amministrazione trasparente.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Milano, li 15/03/2018

Il dichiarante  
