

Prot. 1827/A1406B
del 21/1/2020

Alla Regione Piemonte
Direzione Sanita' e Welfare

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a dr./d.ssa FLAVIO BOLLASO.....nato/a
a [redacted].....[redacted] (P.G.).....consapevole delle sanzioni
penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.,R. 445/2000,
nonché della sanzione di cui all'art. 20, comma 5, d. lgs n. 39/2013

dichiara

ai sensi e per le finalità di cui all'art. 20, commi 2 e 3, del d. lgs 8 aprile 2013, n. 39
"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche
amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49
e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", dopo averne effettuata lettura integrale, di non
trovarsi, in relazione all'incarico di Direttore Generale/~~Commissario~~ dell'Azienda Sanitaria
Regionale ASL TO 3.....in alcuna delle situazioni di incompatibilità
previste dal decreto stesso.

Letto, confermato e sottoscritto

Data 20 febbraio 2020

firmato in originale