

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI
CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA
(ART. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(_____) il ____/____/____ C.F. _____
residente a _____ (_____) via _____ n. _____
in qualità di _____ a rapporto:

☐ Dipendente

☒ Libero Professionista

presso "**HUMANCARE TELEMEDICINE S.R.L.**", con sede legale Acireale (CT) via Giovanni Verga 56 e sede operativa in Acireale (CT), Via Salvatore Vigo 97/H con C.F./P.I 06101620877 Email: amministrazione@remedic.it PEC: humancaretelemedicine@pec.it telefono: 0950904525 cell: 3925905360

consapevole che le dichiarazioni sono effettuate ai sensi degli art. 47 e conscio delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- Di non trovarsi, nella qualità di _____ presso "**HUMANCARE TELEMEDICINE S.R.L.**" in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali incompatibilità che dovessero verificarsi in futuro;
- Di aver assolto l'obbligo dei crediti formativi

Luogo e data

In fede

Catania (CT), li/...../.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.