

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a GALIMBERTI LUCIA
Nato/a a COMO il 20/11/1983
Codice Fiscale GLMLCU83S60C933Y
In qualità di PERITO INDUSTRIALE EDILE

In relazione all'attività richiesta nonché agli adempimenti di legge cui è tenuta Aler Varese, Como, Monza Brianza e Busto Arsizio,

DICHIARA

- ✓ Che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse tra il sottoscritto e Aler Varese, Como, Monza Brianza e Busto Arsizio;
- ✓ Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità nello svolgere prestazioni di consulenza/collaborazione presso Aler Varese, Como, Monza Brianza e Busto Arsizio;
- ✓ Di accettare le condizioni contrattuali previste nel disciplinare d'incarico;
- ✓ Di garantire condizioni d'indipendenza e massima riservatezza;
- ✓ Di impegnarsi a prendere visione e rispettare integralmente quanto previsto nel Codice Etico Aziendale, pubblicato sul sito web www.alervarese.com;
- ✓ Di essere a conoscenza che la presente dichiarazione, il proprio curriculum vitae che sarà a produrre ed anche il compenso per la propria attività, saranno pubblicati sul sito web aziendale nella sezione amministrazione trasparente.

Luogo e data GRANDATE, 09/04/2018 firma Lucia Galimberti


Scadenza 11-05-2020
Diritti 5,42



AR 7440357

IPZS spa - OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
COMO

CARTA D'IDENTITÀ

N° AR 7440357

DI
GALIMBERTI LUCIA

Cognome **GALIMBERTI**
Nome **LUCIA**
nato il **20-11-1983**
(atto n. **852** P. **1** S. **A 1983**)
a **COMO (CO)**
a **ITALIANA**
Cittadinanza **COMO (CO)**
Residenza **ANTONIO GIUSSANI 16**
Via **STATO LIBERO**
Stato civile **LIB. PROFESSIONISTA**
Professione

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
179
Statura **Castani**
Capelli **Verdi**
Occhi **NESSUNO**
Segni particolari



Firma del titolare *Lucia Galimberti*
COMO il **12-05-2010**

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO
IL COLLABORATORE
Marina Marino



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



1. Cognome **GALIMBERTI**
2. Nome **LUCIA** 3. Data di nascita **20/11/1983**
4. Numero identificazione persona **GLMLCU83S60C933Y** 5. Numero centralizzazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**
6. Numero di identificazione della tessera **80380000306136155694** 7. Scadenza **16/10/2019**

REPUBBLICA ITALIANA

TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



Codice Fiscale **GLMLCU83S60C933Y** Sesso **F**
Cognome **GALIMBERTI**
Nome **LUCIA**
Luogo di nascita **COMO**
Provincia **CO**
Data di nascita **20/11/1983**
Data di scadenza **16/10/2019**

Dati sanitari regionali
Regione Lombardia