

**Istituto Comprensivo Statale di Goito (MN)**

Via D. Alighieri, 49 - 46044 Goito (MN)

t: 0376 60151 Codice Univoco ufficio UFZ87L  
e-mail uffici:[mnic805003@istruzione.it](mailto:mnic805003@istruzione.it) [mnic805003@pec.istruzione.it](mailto:mnic805003@pec.istruzione.it)

CODICE FISCALE 90011550200

CODICE MECCANOGRAFICO MNIC805003



United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

I. C. di Goito Member of UNESCO  
Associated Schools**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI****INCARICHI O CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI**

(ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)

Il/La sottoscritto/a .....ROSSI VALERIO.....in

relazione all'incarico di .....MEDICO COMPETENTE.....

***DICHIARA*****ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:****A.** con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di **incarichi** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

X di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

- di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	incarico	durata	Gratis si/no

**B.** con riferimento ai dati relativi alla titolarità di **cariche** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

**Istituto Comprensivo Statale di Goito (MN)**

Via D. Alighieri, 49 - 46044 Goito (MN)

t: 0376 60151 Codice Univoco ufficio UFZ87L

e-mail uffici:

[mnic805003@istruzione.it](mailto:mnic805003@istruzione.it) [mnic805003@pec.istruzione.it](mailto:mnic805003@pec.istruzione.it)

CODICE FISCALE 90011550200

CODICE MECCANOGRAFICO MNIC805003

United Nations : I. C. di Goito  
Educational, Scientific and Cultural Organization : Member of UNESCO  
Associated Schools

X di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

- di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	carica	durata	Gratuita si/no

**C. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di attività professionali**

X di NON svolgere attività professionali

- di svolgere le seguenti attività professionali

n	Attività professionale	dal	note

Si impegna infine

**D. a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell'incarico.**

data, 03.07.2023

**Firma**

Dott. VALERIO ROSSI  
MEDICO CHIRURGO  
Specialista in Medicina del Lavoro

