

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI O CARICHE O
ATTIVITÀ PROFESSIONALI**

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

Il/La sottoscritto/a ROBERTA ACCALONI nato/a a [REDACTED]
[REDACTED] il [REDACTED] e residente in [REDACTED] alla via [REDACTED]
[REDACTED] codice fiscale [REDACTED] p.iva
02198510543

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

- 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	Gratuito si/no

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

- 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

di NON svolgere attività professionali

di svolgere le seguenti attività professionali

n	Attività professionale	dal	note
	MEDICO COMPETENTE	1996	

Si impegna infine

Di comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell'incarico.

Perugia, 21.03.2025

Firma
