

ALLEGATO 7

**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/ sottoscritto TRIOLO ROSALBA CARRICCHIA nato/a a _____ il _____ e residente in _____ - via _____
_____ codice fiscale _____

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
	ISTITUTI SCOLASTICI (VEDI C.V.)	MEDICO COMPETENTE	1 ANNO	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 DEL LAVORO	Gennaio 2015	

Si impegna infine

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

Luogo Il, MONTEVAGO, 30/05/2024

In fede
