

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15 C. 1 LETT. C) DEL D.LGS. 33/2013
(dichiarazione sostitutiva di notorieta' ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Dott.ssa Luise Grippi
nato/a a _____, il _____ C.F. _____
residente a _____ (Prov. _____) in Via _____ n. _____ c.a.p. _____

in relazione all'incarico di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico Consulente per l'Ordinanza Sanitaria
SSS Ig, Scio e sm

che potrà essere conferito al sottoscritto dall'Opera Pia Telesino - Ardzzone, sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs.33/2013

SEZIONE I - INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Medico del lavoro per SSS Ig, Scio e sm per PA
che per PA

SEZIONE II - ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico del lavoro per Aziende
che per PA che per Privati
DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Palermo 20/12/2021

FIRMA

Dott.ssa LUISA GRIPPI

MEDICO COMPETENTE
SPECIALISTA

IN MEDICINA DEL LAVORO