DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O
ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O
RIPIANZIATI DALLA P.A. O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI

Il/la sottoscritto/a DR. OTTAVIO PONZI nato/a a ROMA il 26/03/1959 con
riferimento all'incarico di NEUROLOGIA
presso ASP - LUGO SELENIA ARZIZO ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del decreto
legislativo n. 33/2013, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

di avere in essere gli incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla
Pubblica Amministrazione o lo svolgimento di attività professionali come di seguito indicato:

Incarichi e cariche

Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di riferimento
DIPART. LUHE DI ARZIZO	NEUROLOGIA	ANNO 2016

Attività professionali

Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di riferimento

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto
della presente dichiarazione.

26/04/2017 Arziz
(luogo e data)

Ottavio Ponzi
Firma