

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

Il/la sottoscritto/a PONTE RENE nato/a a _____ il 15, con
riferimento all'incarico di CONVENZIONATO MEDICI CIVILI (OPERAIA/INDOLEIA)
presso CASSA TURRY C.SO CALABELLI, 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

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.

Ponte RENE 11/01/2024
(luogo e data)

Firma
Ponte RENE