

DICHIARAZIONE
AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), D.LGS. N. 33/2013

Il/La sottoscritto/a MARIA GRAZIA RUFFINO, nato/a [redacted]
 (Prov. [redacted]) il [redacted] residente a [redacted]
 (Prov. [redacted]) in [redacted] n. [redacted],
 codice fiscale [redacted]

consapevole che:

- è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);

DICHIARA

- di non svolgere incarichi né di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

ovvero

- di svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione come di seguito riportati:

Cariche/incarichi	Ente di diritto privato regolato o finanziato dalla pubblica amministrazione
MEDICO COMPETENTE	ROMA CAPITALE

DICHIARA INOLTRE

- di non svolgere attività professionali;

ovvero

- di svolgere le attività professionali di seguito elencate:

MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY

Si allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità debitamente sottoscritto.

Luogo e data

Roma, 14/04/2020

Firma

[redacted signature]