

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

Il/La sottoscritto/a Katia Ripamonti, nato/a \_\_\_\_\_

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, Medico Autorizzato

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

Luogo e data Roma, 03/07/2020

Firma \_\_\_\_\_