

Al Direttore del Dipartimento di  
Biotecnologie Medico-Chirurgiche  
Corso della Repubblica,79  
04100 LATINA

**OGGETTO:** Informazioni di cui all'art. 15, c.1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della, da parte delle strutture in indirizzo, disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza, e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) – Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritta, NICOLETTA BERNARDINI, nata il 27.06.1983, a Latina (prov. LT), in qualità di (\*) MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA, per finalità di cui all'art. 15, c. 1 del D. Lgs. N. 33/2013,

dichiaro

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

- di non svolgere incarichi, di non di rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

**X** di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

DIRIGENTE MEDICO DI I LIVELLO PRESSO ASL LATINA

---

---

Io sottoscritta, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

PASSAPORTO , n. YA1454094.

Rilasciato da Comune di Latina, il 30 NOV 2010.

Latina, 11.05.2020

FIRMA



(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

(\*) indicare la qualità