

**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, SILVESTRI GIULIA\_\_\_\_, nata\_ il 29.12.1966\_\_, a ROMA (prov. \_RM\_\_), in qualità di (\*) MEDICO CHIRURGO - NEUROLOGO\_\_, per finalità di cui all'art. 15, c1 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

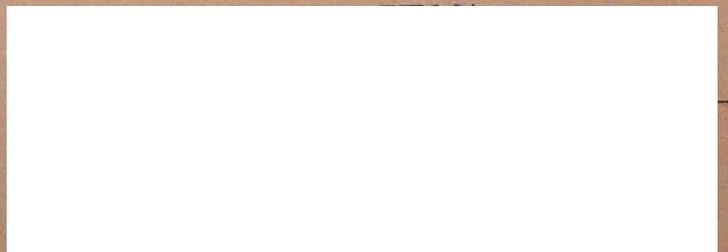
- di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

\_\_NEUROLOGO – MEDICO MEDICINA GENERALE ASL ROMA 2

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

\_\_\_\_\_ carta di identità \_\_\_\_\_, n. \_\_AX 2354882\_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ Comune di Roma \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ 28.07.2015 \_\_\_\_\_

Latina, \_\_21.02.2021\_\_\_\_



(\*) indicare la qualità