

**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 sottoscritto, Pili Antonio, nato il 19/09/1958 a Roma (prov. RM), in qualità di (\*)  
fisioterapista, 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 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:

Fisioterapista presso ARES Sardegna - Servizio di Riabilitazione soggetti disabili Distretto di Oristano.

Io sottoscritto, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:  
Carta d'Identità, n. AV 3109611  
Rilasciato da Comune di Roma, il 26/06/2014

Cabras, 14/02/2022

(\*) indicare la qualità