

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

Il/La sottoscritto/a Maurizio Agolini,, nato/a _____ residente 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

DICHIARA INOLTRE

- di non svolgere attività professionali;

ovvero

- di svolgere le attività professionali di seguito elencate:

MEDICO DEL LAVORO

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

Luogo e data

Rox 17/5/18

Firma _____

Dr. Maurizio Agolini
 Medico
 Specialista in Medicina del Lavoro
 Medico Autorizzato alla Radioprotezione
 Tel. 338 4693225