

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI SVOLGIMENTO INCARICHI O DI TITOLARITA' DI CARICHE O DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI IN ENTI DI CUI ALL'ART. 15 COMMA 1 LETTERA C) DEL DECRETO LEGISLATIVO 14 MARZO 2013, N. 33 (dichiarazione sostitutiva di atto notorietà art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La sottoscritta Pieraccini Chiara nata a Cesena il _____, presa visione della normativa introdotta con il D.Lgs. n. 33/2013, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

In relazione all'incarico di Amministratore nell'ambito del Progetto FAMI 2219 "Azioni del Servizio sanitario Regionale Marche per la salute psico-fisica di migranti forzati e MNA", che non svolge incarichi, non ha titolarità di cariche e non svolge attività professionali in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Regione.

SI IMPEGNA

- a comunicare ogni evento che modifichi la presente dichiarazione;

Trattamento dati personali:

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, circa il trattamento dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene presa.

Ancona, 28/08/2019

FIRMA



Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.