

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI
 INCARICHI O CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI
 (ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)**

Il/La sottoscritto/a FABRIZIO ZANNONI nato/a a _____
 il _____ il _____ residente in _____
MACERATA alla via _____ codice fiscale _____
 _____ p.iva _____

in relazione all'incarico di

MEDICO COMPETENTE DPI MACERATA

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

A. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	incarico	durata	Gratuito
	COMUNE DI CORRIDONIA	Medico COMP.	3 ANNI	NO SI/NO
	ISTITUTO MEDICA-MACERATA	/ /	2 ANNI	NO
	ISTITUTO VALNELLI-PINELLI	A /	1 ANNO	

e COMPRENSIVO

ISTITUTO COMPRENSIVO GENTILI-MACERATA - MEDICO COMP. - 1 ANNO - NO

B. con riferimento ai dati relativi alla titolarità di **cariche** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	carica	durata	Gratuita si/no

C. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di **attività professionali**

di NON svolgere attività professionali

di svolgere le seguenti attività professionali

n	Attività professionale	dal	note
	MEDICO COMP. LIB. PROFESSIONISTA	2008	—

Si impegna infine

D. a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell'incarico.

NACERATA il 26/03/2022

In fede
