

Il sottoscritto/a      DOLCI ALBERTO

Qualifica              RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA SC PATOLOGIA CLINICA

*Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali applicabili in casi di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 rende le seguenti dichiarazioni:*

**Dichiarazione relativa all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (ex art. 14, 1 comma, lett. d), D.Lgs. n.33/2013)**

SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA CARICA	DATA CONFERIMENTO	DATA FINE DELLA CARICA	IMPORTO LORDO DI COMPETENZA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Dichiarazione relativa all'assunzione di altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti (ex art. 14, 1 comma, lett. e), D.Lgs. n.33/2013)**

SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA INCARICO/CONSULENZA	DATA CONFERIMENTO INCARICO	DATA FINE INCARICO	IMPORTO LORDO DI COMPETENZA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____


Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., del GDPR n. 2016/679 e del D.Lgs. n. 101/2018 che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione della stessa sul sito web aziendale.

Milano, 1/08/2024

F.TO

DOLCI ALBERTO

*L'originale della presente attestazione è conservato presso la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.*