



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI /
CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI**

AAGG_MOD-AI
Rev. 1 - 23/05/19

(ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)

UOC Affari generali

Il/La sottoscritto/a _____ NIOLETTI CAROLINA GABRI _____ nato/a a
____ COSENZA _____ il ____ 05/01/1985 ____ e residente in ____ BISIGNANO ____ (CS) ____ alla
via ____ CORRADO ALVARO, 12C _____ codice fiscale ____ NCLCLN85A45D086K
____ p.iva ____ 03585820784 _____

in relazione all'incarico di

____ MEDICO SPECIALISTA IN NEFROLOGIA LIBERO PROFESSIONISTA

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 si/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
	CONSULENTE NEUROLOGO PRESSO OSPEDALE DI VIPITENO	3/2021	
	CONSULENTE NEUROLOGO PRESSO STUDIO MEDICO CECCAIONI FRASCATI		

Si impegna infine

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

___ROMA___ li, ___16/04/2021___

In fede CAROLINA GABRI NICOLETTI ___