



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

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

AAGG\_MOD-AI  
Rev. 1 - 23/05/19

UOC Affari generali

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CLAUDIA AMOROSO \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_ p.iva \_\_\_\_\_

in relazione all'incarico di

\_\_\_\_\_ TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA / FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA  
\_\_\_\_\_

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
	TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA	DI 2018	

Si impegna infine

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

\_\_\_ROMA\_\_\_ li, \_\_\_21/04/2023\_\_\_

In fede \_\_\_F.TO CLAUDIA AMOROSO\_\_\_