



**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 _____ TRIGGIANESE PAOLA _____ nato/a a _PIEDIMONTE
MATESE (CE) _____ il _26/05/1983_ e residente in _____ ROMA _____ alla via
__ARCHETTI DI TORRENOVA 27 _____ codice fiscale
_____ TRGPLA83E66G596E _____ p.iva _____ 12872021006 _____

in relazione all'incarico di

_____ MEDICO SPECIALISTA IN ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA

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

Si impegna infine

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

_____ ROMA _____ li, __04/11/2021__

In fede _____ PAOLA TRIGGIANESE__