

Alla Società della Salute Fiorentina Nordovest

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C) DEL D.LGS. 33/2013

Il /la sottoscritto/a BARONI PAOLA

nato/a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

in qualità di INCARICATO /CONSULENTE /COLLABORATORE Giornalista
di UFFICIO STAMPA

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative alle dichiarazioni false o mendaci, di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e degli artt. 495 e 496 del c.p., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Di ricoprire i seguenti incarichi o essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, o lo svolgimento di attività professionali

ENTE	INCARICHI /CARICHE/ ATTIVITA' PROFESSIONALI
<u>SOCIETA' DELLA SALUTE NORDOVEST</u>	<u>Incarico libero professionale per UFFICIO STAMPA</u>

Si impegna a comunicare tempestivamente alla Società della Salute Fiorentina Nordovest ogni eventuale modificazione relativa alla presente dichiarazione

Data 5/06/2017

Firma [redacted]

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.Lgs. 196/2003

La Società della Salute Fiorentina Nordovest, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali nella Persona del Presidente pro tempore, La informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del presente modello e contenuti nei documenti in esso allegati, vengono trattati per le finalità connesse all'adempimento degli obblighi di pubblicità di cui all'art.14 comma 1, lett. c) d) e) del D. Lgs. 33/2013. I dati saranno pertanto pubblicati sul sito istituzionale dell'ente. I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

Data _____

Firma [redacted]