

Alla Società della Salute Fiorentina Nordovest.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 16, COMMA 1, LETT. C) DEL D.LGS. 33/2013

Il/la sottoscritto/a CHIARA BONDIELLI

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

in qualità di INCARICATO / CONSULENTE / COLLABORATORE

INCARICO CO.CO.CO, 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
CRID CENTRO REGIONALE INFORMAZIONI DOCUMENTAZIONE PER L' ACCESSIBILITA' PER LA SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA NORD OVEST	CONSULENTE CULTURA ACCESSIBILITA'

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

Data _____ 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]