

Alla Società della Salute Fiorentina Nordovest

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

Il sottoscritto Marco Poni, nato [redacted] [redacted] C.F. [redacted]

in qualità di componente del Collegio dei Revisori dei Conti (Delibera Assemblea n. 11 del 27.04.2022), 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
NIENTE DA SEGNALARE	

2. di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Società della Salute Fiorentina Nordovest ogni eventuale modificazione relativa alla presente dichiarazione

3. di aver ricevuto l'informativa sulla privacy (ex art. 13 Reg.UE 2016/679)

Data 19/05/2022

Firma

[redacted signature]

INFORMATIVA PRIVACY

La Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, 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 in conformità a quanto previsto dall'art. 7 del D.lgs. 33/2013. I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

Data 19/05/2022

FIRMA consenso esplicito per il conferimento dei dati personali come sopra specificati