

PROT. N° 0060538/16 DEL 30/03/2016

MODULO DA ACQUISIRE NELL'AMBITO DELLA RICOGNIZIONE ANNUALE (art. 15 D.Lgs33/20013)

Il/la Sottoscritto/a DOT. SSA ROSA PRENUPPE nato a MANFREDONIA (FG) il 28-08-1953 e
residente a PESCARA in via MAFALDA DI SAVOIA, in relazione al conferimento dell'incarico
dirigenziale RESPONSABILE USOD RIABILITAZIONE, valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 445/2000
TERRITORIALE AREA MARSIKA consapevole

delle sanzioni previste dall'art.76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci
nonché delle conseguenze di cui all'art.75, comma 1, del medesimo D.P.R.

DICHIARO

- Di ~~avere~~/non avere (barrare la parte che non interessa) la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
- Che i suddetti incarichi sono i seguenti:

- Di ~~svolgere~~/non svolgere (barrare la parte che non interessa) attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario)
- Chi i suddetti incarichi sono i seguenti:

Data

30/03/2016

Firma del Dichiarante

Suzanne Rose

Nota Bene: la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web istituzionale dell'Azienda ASL 1 Abruzzo in applicazione dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013.