

Il/la sottoscritto/a FRANZINI DAVIDA nato/a AVUDAS POLIVAR con riferimento all'incarico
(Cognome e Nome) (Luogo e Data di nascita)

PSICOLOGO presso SMAM, ai sensi dell'art. 15, comma 1,
(Specificare l'incarico) (Ente presso il quale l'incarico viene svolto)

lettera c), del decreto legislativo n. 33/2013 e successive modifiche, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di avere in essere gli incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali come di seguito indicato

Incarichi e cariche

Soggetta conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di riferimento
ND	ND	ND

Incarichi e cariche

Attività	Soggetto	Periodo di riferimento
ND	ND	ND

Rome, li 06/06/2017
(Luogo) (Data)

FIRMA

Dr. Davide Polivari