

Il/la sottoscritto/a LORINI ALESSANDRA nato/a BOLZANO 13-06-1970 con riferimento all'incarico
(Cognome e Nome) (Luogo e Data di nascita)

DERMATOLOGIA presso ITAS MILANO, 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, 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

Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di riferimento
ASST SANTI PAOLO e CARLO	DIRIGENTE MEDICO	TEMPO INDETERMINATO

Incarichi e cariche

Attività	Soggetto	Periodo di riferimento
/	/	/

MILANO ,li 30-11-2016
(Luogo) (Data)

FIRMA

Alessandra Lorini