

Dichiarazione in merito allo svolgimento di attività professionale e/o titolarità di cariche

Io sottoscritto SABINA OLMI
nato a ...omissis... il ...omissis...

DICHIARO

di avere in corso rapporti professionali con strutture sanitarie private accreditate, e precisamente:

presso la struttura sanitaria di AUSL IMOLA
tipologia di attività CPSE - INFERMIERE
impegno temporale TEMPO PIENO INDETERMINATO

di non avere titolarità di cariche in enti di diritto privati regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione

di non essere nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art.5 – comma 9 del D.L. N. 9 del 6.7.2012, convertito in Legge n. 135 del 7.8.2012 (non essere pensionato da una pubblica amministrazione)

Dichiaro di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art.15 del D. Lgs 33/2013 viene pubblicata nel sito della Pubblica Amministrazione che ha conferito l'incarico

Imola,

Firmato SABINA OLMI