



DICHIARAZIONE PER LA PUBBLICITA' DI INFORMAZIONI RELATIVE
dei componenti degli organi di indirizzo politico amministrativo

Il/la sottoscritto/a

DICHIARANTE

Cognome	Nome	Data di nascita
Fantini	Francesca	19/12/1955

Comune di nascita	Comune di residenza	Indirizzo di residenza
Villa S.Maria	Padova	Via Vicenza 27b

Incarico ricoperto	<input type="checkbox"/> Presidente Consiglio di Amministrazione <input checked="" type="checkbox"/> Componente Consiglio di Amministrazione <input type="checkbox"/> Componente Assemblea di Partecipazione
--------------------	--

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi previste dal D.P.R. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che ricopre le seguenti cariche presso enti pubblici (*diversi* dalla Fondazione MUSME) o privati e che ha percepito i compensi (a qualsiasi titolo corrisposti) indicati a fianco di ciascuna carica:

DENOMINAZIONE ENTE	CARICA	COMPENSO
--------------------	--------	----------

Fondazione Museo di Storia della Medicina e della Salute in Padova

Sede Legale: via San Francesco 90 - 94 - 35121 Padova
Segreteria Amministrativa: Piazza Bardella, 2 - 35131 Padova
Tel. +39 049 8201569 Codice fiscale 04335630283
 segreteria@musme@gmail.com www.musme.padova.it



1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

- che ricopre i seguenti altri incarichi (*diversi* da quello presso la Fondazione MUSME) con oneri a carico della finanza pubblica e che ha percepito i compensi indicati a fianco di ciascun incarico:

DENOMINAZIONE INCARICO	COMPENSO
1.	
2.	
3.	
4.	

SI IMPEGNA



Mod. B

Fondazione Museo di Storia della Medicina e della Salute in Padova

a comunicare tempestivamente alla Fondazione MUSME ogni eventuale variazione che interverrà nei dati ed informazioni sopra dichiarati.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data 28 novembre 2016

sul mio onore affermo che
la presente dichiarazione corrisponde al vero

Firma del dichiarante

*La presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà potrà essere sottoscritta in presenza del Segretario della Fondazione addetto al ricevimento della stessa ovvero, in alternativa, potrà essere sottoscritta e presentata **unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.***

Fondazione Museo di Storia della Medicina e della Salute in Padova

Sede Legale: via San Francesco 90 - 94 - 35121 Padova
Segreteria Amministrativa: Piazza Bardella, 2 - 35131 Padova
Tel. +39 049 8201569 Codice fiscale 04335630283
✉ segreteriamusme@gmail.com www.musme.padova.it