



DICHIARAZIONE PER LA PUBBLICITA' DI INFORMAZIONI RELATIVE
AI TITOLARI DI INCARICHI

Il/la sottoscritto/a

DICHIARANTE

Cognome	Nome	Data di nascita
NOLLI	MARIA LOISA	22/11/47

Comune di nascita	Comune di residenza	Indirizzo di residenza
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

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 a decorrere dal 20 aprile 2013:

- ricopre o ha ricoperto le seguenti cariche presso enti pubblici (*diversi dalla Fondazione Musme*) o privati;

- ha percepito i compensi (a qualsiasi titolo corrisposti) indicati a fianco di ciascuna carica:

DENOMINAZIONE ENTE	CARICA	COMPENSO
1.		

Modello B



2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

- ricopre o ha ricoperto i seguenti altri incarichi (*diversi* da quello presso la Fondazione Musme) con oneri a carico della finanza pubblica;

- ha percepito i compensi indicati a fianco di ciascun incarico:

DENOMINAZIONE INCARICO	COMPENSO
1.	
2.	
3.	
4.	

SI IMPEGNA

Modello B



Fondazione Museo di Storia della Medicina e della Salute in Padova

MOD. Allegato B

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 24/07/2014

**sul mio onore affermo che
la presente dichiarazione corrisponde al vero**

Firma del dichiarante

[Firma manoscritta]

La presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà potrà essere sottoscritta in presenza del dipendente della Provincia 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.

Modello B

Fondazione Museo di Storia della Medicina e della Salute in Padova
Piazza Bardella, 2 – 35131 Padova Tel. +39 049 8201807 Codice fiscale 04335630283
Email segreteria@musme@gmail.com www.musme.padova.it