



DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI
(resa ai sensi art.47 DPR 445/2000)

I DATI FORNITI SARANNO PUBBLICATI SUL SITO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA IN OSSERVANZA DELLA NORMATIVA VIGENTE

Il/La sottoscritto/a FABRIZIO MATTIOLI
nato/a a BOLOGNA prov. (BO) il
24.03.1969 e residente in FANO (PU)
Via FABRIZIO n. 17
Codice Fiscale MTTFRZ68P264944E
in riferimento al patrocinio legale, in favore dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

con riferimento all'art. 15 comma 1 lett. c) D.Lgs. 33/2013

- ☒ di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
OVVERO
☐ di svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione come di seguito descritto:

NOME ENTE	SEDE ENTE	CODICE FISCALE	INCARICO	DURATA	GRATUITA' (SI/NO)

☒ di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

OVVERO

☐ di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione come di seguito descritto:

NOME ENTE	SEDE ENTE	CODICE FISCALE	CARICA	DURATA	GRATUITA' (SI/NO)

☐ di NON svolgere attività professionali

OVVERO

☒ di svolgere le seguenti attività professionali:

ATTIVITA' PROFESSIONALE	DATA INIZIO SVOLGIMENTO ATTIVITA'	NOTE
AVVOCATO	12.1998	

Si impegna, infine, a comunicare tempestivamente alla Direzione Generale dell'A.O. "Ospedali Riuniti Marche Nord" ogni eventuale variazione a quanto sopra dichiarato.

Si allega: fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Data 15.11.2008.

Firma 