

Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

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 CRISTINA ANGELONI
 nato/a a LORETO prov. (AN) il
07.08.1974 e residente in LORETO
 Via ARIOSTO n. 2
 Codice Fiscale NGLCST74 M47E690W

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

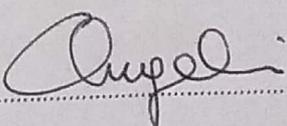
di svolgere le seguenti attività professionali:

ATTIVITA' PROFESSIONALE	DATA INIZIO SVOLGIMENTO ATTIVITA'	NOTE

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 09.08.2023

Firma.....

Cognome... ANGELONI.....
 Nome... CRISTINA.....
 nato il... 07-08-1974.....
 (atto n. 180..... P. 1..... S..... A.....)
 a... LORETO.....
 Cittadinanza... ITALIANA.....
 Residenza... LORETO (AN).....
 Via... ARIOSTO, N. 2.....
 Stato civile... CONIUGATA.....
 Professione... I.I.E. PROFESSIONE.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura... 1,62.....
 Capelli... CASTANI.....
 Occhi... CASTANI.....
 Segni particolari.....



Firma del titolare *Cristina Angeloni*
 ..Loreto..... il 24/07/2017.....

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
Caterina Maccheroni



DIRITTI
 C.I. L.68
 19.03.93



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
 LORETO (Ancona)

CARTA D'IDENTITA'
 N° AX 8507316
 DI
 ANGELONI
 CRISTINA

Angeloni