**DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA L. 190/2012 E DEL D.LGS 33/2013**

Il/La sottoscritto/a _FRANCESCO MARINO_____ nato/a a ___ROMA_____il __27/08/1964_____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, con riferimento all'incarico di CONSULENTE LIBERO PROFESSIONISTA MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE della Fondazione CNAO, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui alla L. 190/2012 e del D.lgs 33/2013

**DICHIARA**

☒ di ricoprire le seguenti altre cariche:

1. presso l'Ente Pubblico/**Ente Privato** IST. CLINICO BEATO MATTEO- VIGEVANO, in qualità di LIBERO PROFESSIONISTA RESPONSABILE SERVIZIO DI ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE, con atto di conferimento/nomina del FEBBRAIO 2008, con il seguente compenso pari a € _____;

2. presso l'Ente Pubblico/Ente Privato _____, in qualità di _____, con atto di conferimento/nomina del _____, con il seguente compenso pari a € _____;

3. presso l'Ente Pubblico/Ente Privato _____, in qualità di _____, con atto di conferimento/nomina del _____, con il seguente compenso pari a € _____;

☐ di NON avere alcun altro incarico presso altro Ente Pubblico o Privato.

Luogo e data

__PAVIA 19/10/2015 _____

Letto, approvato e sottoscritto

Marino Francesco