



ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA

"BRUNO UBERTINI"

BRESCIA

Sede Legale: Via Bianchi, 9 - 25124 Brescia
Tel 03022901 - Fax 0302425251 - Email info@izslcr.it
C.F. - P.IVA 06284840170
N.REA GCIAA di Brescia 08834



IZSLER *W*

Dichiarazione sostitutiva di certificazione, relativa allo
svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati
dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali.

(ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013)

Il/la sottoscritto/a *DI VIRGILIO MICHELE*

con riferimento al contratto di collaborazione/consulenza stipulato con IZSLER di Brescia per
l'espletamento delle seguenti attività:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole di
quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

- di non svolgere incarichi e/o di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o
finanziati dalla pubblica amministrazione;
- di svolgere gli incarichi e/o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati
dalla pubblica amministrazione sotto riportati:

| Ente/Azienda conferente l'incarico | Tipologia di incarico o di carica ricoperta | Oggetto dell'incarico | Durata dell'incarico (dal-al) |
|---------------------------------------|--|-----------------------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |

- di non svolgere ulteriori attività professionali;
- di svolgere le seguenti ulteriori attività professionali;

| Attività professionale | Periodo (dal-al) |
|--|--------------------|
| <i>MEDICO DEL LAVORO/COMPETENTE LIBERO PROF.</i> | <i>1994 - 2001</i> |
| | |

Quanto sopra anche ai fini della pubblicazione della presente autodichiarazione sul sito internet
dell'IZSLER, come prescritto dal D.Lgs. n. 33/2013.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'IZSLER, utilizzando lo stesso
modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Allego copia fotostatica di un documento d'identità.

Data, *27/11/2021*

IL DICHIARANTE

