



**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@izsler.it  
C.F. - P.IVA 00284840170  
N. REA CCIAA di Brescia 88834

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 Enrico Terni

con riferimento al contratto di collaborazione/consulenza stipulato con l'IZSLER di Brescia per  
l'espletamento delle seguenti attività: medico competente sezione Binago  
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)	
Medico di medicina generale (medico di base) presso ASL Varese	1990	2015

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

Il sottoscrittosi 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, 24/08/2015

**IL DICHIARANTE**

*Enrico Terni*