

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO
DI ALTRI INCARICHI O CARICHE O ATTIVITÀ PROFESSIONALI
Affidamento incarico di collaborazione/consulenza
(Ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c) del d.lgs. 33/2013)**

Il/La sottoscritto/a AZZONI GIORGIO RICCARDO
nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]
residente nel comune di [REDACTED] via [REDACTED] N [REDACTED]
CF [REDACTED] Partita IVA [REDACTED]
ai fini dell'affidamento dell'incarico di collaborazione/consulenza da parte del Consorzio Poliedra ad oggetto
DOLENZA MASTER MOUNTAIN - ABLE

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

A. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di incarichi e/o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

☒ di non svolgere incarichi e/o ricoprire cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

oppure

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o ricoprire le seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

[inserire ente conferente incarico/carica; tipologia incarico/carica; oggetto dell'incarico; durata]

B. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di attività professionali:

☒ di non svolgere alcuna attività professionale

oppure

☐ di svolgere le seguenti attività professionali:

[specificare]

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

In fede.

LUOGO E DATA

[REDACTED] 19/8/2024

FIRMA

[REDACTED]