

Modulo 5

Dichiarazione relativa all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (art. 14, d.lgs. 33/2013) e ad altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti (art. 14, d.lgs. 33/2013)

Assessorato Dipartimento/Ufficio
ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE - DIPARTIMENTO P.S. - SERVIZIO 4°

Il/La Sottoscritto/a	
Nome GRAZIA	Cognome BUONASORTE

(Indicare incarico rivestito)

DIRETTORE RESPONSABILE U.O.B 4.1 "APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI CLINICI"
--

Dichiara:				
Carica/Incarico	Soggetto Conferente	Data Conferimento	Data Fine	Importo Lordo di Competenza <sup>(1)</sup>
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>

Eventuali annotazioni: NEGATIVO
---------------------------------

Luogo Palermo

Data 05/09/17

Firma



*Handwritten signature*

(1) L'Importo va indicato al lordo degli oneri contributivi e fiscali a carico del Dichiarante