**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 della Salute - Dipartimento Pianificazione Strategica - |

| **Il/La Sottoscritto/a** | | | |
|---|---|---|---|
| **Nome** | Lidia | **Cognome** | Gibaldi |

***(Indicare incarico rivestito)***

| |
|---|
| |

| **Dichiara:** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Carica/Incarico | Soggetto Conferente | Data Conferimento | Data Fine | Importo Lordo di Competenza (1) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Eventuali annotazioni: NESSUN INCARICO

**Luogo** **Palermo** **Data** **16/12/2019** **Firma** **Lidia Gibaldi**

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