



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DATI RELATIVI ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI E/O ALTRE CARICHE
(ai sensi dell'art. 14, co 1, lett. d-e) D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. ex art.13 del D.Lgs. n. 97/2016)

Cognome	N A V O N E
Nome	PAOLA
Data di nascita	07-08-58
Comune di nascita	MILANO
Comune di residenza	MILANO

Consapevole della responsabilità penale che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui gli articoli n. 46, n. 47 e n. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i. in tema di autocertificazioni.

DICHIARA

CARICHE RICOPERTE IN ENTI PUBBLICI O PRIVATI E/O INCARICHI FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE – INDICAZIONE DEI COMPENSI.			
Incarico	Ente	Periodo	Compenso (lordo annuo)

Di essere informato che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'ASST Gaetano Pini-CTO nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Milano,

07-03-18

Firma

Paola Navone
ASST CENTRO SPECIALISTICO
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
GAETANO PINI / CTO
IL DIRETTORE SANITARIO
DR. SSA PAOLA NAVONE