



**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	LATTUADA
Nome	PAOLA
Data di nascita	16/01/1962
Comune di nascita	GALLARATE - VA
Comune di residenza	GALLARATE - VA

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 informata/o che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'ASST Gaetano Pini-CTO nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Milano, 9 gennaio 2024

Firma  
  
**ASST CENTRO SPECIALISTICO  
 ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO  
 GAETANO PINI / CTO  
 IL DIRETTORE GENERALE**