

DICHIARA, PER IL PERIODO COMPRESO DAL 15 GIUGNO AL 31 DICEMBRE 2017, I COMPENSI DI QUALSIASI NATURA CONNESSI ALL'ASSUNZIONE DELLA CARICA; GLI IMPORTI DI VIAGGI DI SERVIZIO E MISSIONI PAGATI CON FONDI PUBBLICI; – ART. 14, COMMA 1, LETT. C) D.LGS. 33/2013:

Rimborso di trasferte per conto di Istituto Superiore di Sanità			
<i>dal</i>	<i>al</i>	<i>n. giorni di trasferta</i>	<i>Totale (€)</i>
23 /06/ 2017	23 /06/ 2017	1	156,05
13/07/2017	13/07/2017	1	124,40
27/07/2017	27/07/2017	1	121,40
04/09/2017	04/09/2017	1	45,30
29/09/2017	29/09/2017	1	130,40
20/10/2017	21/10/2017	2	252,90
28/10/2017	28/10/2017	1	120,38
20/11/2017	20/11/2017	1	304,40
28/11/2017	29/11/2017	2	260,50
01/12/2017	01/12/2017	1	134,40
11/12/2017	12/12/2017	2	313,90

DICHIARA, INFINE, GLI EMOLUMENTI COMPLESSIVI PERCEPITI, PER IL PERIODO COMPRESO DAL 15 GIUGNO AL 31 DICEMBRE 2017, A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA, ANCHE IN RELAZIONE A QUANTO PREVISTO DALL'ART. 13, COMMA 1 DEL DECRETO LEGGE 24 APRILE 2014 N. 66, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 23 GIUGNO 2014 N. 89 – ART. 14 COMMA 1 *ter*, D.LGS. 33/2013:

AMMONTARE COMPLESSIVO
EURO 32.153,00

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.


Allega copia di un documento di identità.

Trattamento dati personali

Il/ la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (UE 2016/679) circa il trattamento dei dati raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

ROMA, 19/12/2019

Il dichiarante

F.TO _____

 (firma per esteso e leggibile)