



azienda  
territoriale  
arezzo  
mobilità

A.T.A.M. S.p.A.  
Loc. Case Nuove di Ceciliano, 49/5  
52100 Arezzo  
Tel. 0575 984520  
Fax 0575 381012  
e-mail: atam@atamarezzo.it  
www.atamarezzo.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE, RELATIVA ALLO  
SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O  
FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI**

(ex art. 15, comma 1, lett. c. del D.lgs. 33/2013,

dichiarazione sostitutiva di certificazione e atti di notorietà, ex. Artt. 46 e 47 del D.P.R.: 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii)

Il/La sottoscritto/a Dott. CARLO POLE' nato/a a AREZZO il 1.9.56, C.F.: PLCCRL56P07A790Y consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

(Svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione)

- Di aver ricevuto l'incarico di \_\_\_\_\_ presso l'ente \_\_\_\_\_ della durata di \_\_\_\_\_ per un compenso di € \_\_\_\_\_
- Di non aver ricevuto incarichi presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;
- Di essere titolare di cariche nella funzione di \_\_\_\_\_ presso l'ente \_\_\_\_\_ della durata di \_\_\_\_\_ per un compenso di € \_\_\_\_\_
- Di non essere titolare di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

(svolgimento attività professionale)

Di svolgere l'attività libero professionale di DOTTORE COMMERCIALISTA

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni che pervengano nel corso del rapporto con ATAM SpA.

Il sottoscritto allega copia di un documento di identità in corso di validità.

In fede

Data 04.02.2016

Firma del dichiarante