



### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE Dati relativi allo svolgimento di Incarichi o titolarità di Cariche

Cognome	OLIVOTTO
Nome	SARA
Data di nascita	7/11/1980

Consapevole della responsabilità penale che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76, d.p.r. 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli articoli n. 46 e n. 47 del d.p.r. n. 445/2000 e s.m.i.:

#### DICHIARA

i dati relativi allo svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali ai sensi del d.lgs. 33/2013, art. 15, comma 1, lett. c,:

Incarico	Ente	Periodo	Compenso/Note
LIBERO PROFESSIONISTA	IST. NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONBINO (PAVIA)	DAL 4/9/2015 PER 24 MESI	

Eventuali annotazioni: .....

Milano, ..... 28/9/2015

Il/La Dichiarante ..... *[Signature]*

La presente dichiarazione è pubblicata sul sito web della Fondazione, nella sezione "Amministrazione Trasparente", ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c, del d.lgs 33/2013.