

**Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti, e incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti [art. 14, c. 1, lett. e/d] D.Lgs. n. 33/2013]**

Il Sottoscritto

Cognome e nome	IACOBUCCI ANTONIO
----------------	-------------------

In qualità di membro del Consiglio Direttivo

**Dichiara:**

(barrare la/e casella/e di interesse)

- di non ricoprire altre cariche presso enti pubblici o privati e di non percepire compensi a qualsiasi titolo corrisposti
- di ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici o privati con i relativi compensi
- di non ricoprire altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica
- di ricoprire i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica con i relativi compensi

Tipologia dell'incarico	Soggetto conferente	Ammontare del compenso

***Sul mio onore affermo che la presente dichiarazione corrisponde al vero, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per il rilascio di false attestazioni o mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/20009).***

Latina, il 22/01/2020

Firma del dichiarante  
ANTONIO IACOBUCCI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Il Presente modulo in firma originale è depositato presso la segreteria dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina.  
Viale Pier Luigi Nervi 228 scala P -04100 Latina; Telefono 0773601367; fax 0773624633 – CF: 91004540596