

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	COPPOLA VALENTINO
----------------	-------------------

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
Insegnamento med 45 in tre corsi di Laurea	Univ. La Sapienza di Roma	Euro 1000

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
Coppola Valentino¹

¹ 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