

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

**Oggetto: Dichiarazione concernente l'assunzione di altre cariche presso enti pubblici o privati o altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e relativi compensi**

Il sottoscritto (specificare nel relativo rigo nome e cognome)

Nome e Cognome ROBERTO DI PAOLA  
Ruolo/Funzione DIRETTORE SANITARIO  
dell'Istituto I.R.C.C.S. "SAVERIO DE BELLIS" CASTELLANA GROTTA

ai fini dell'assolvimento degli obblighi di comunicazione di cui all'art. 14 lett. f) D.lgs 33/2013 così modificato dall'art. 13 del D.lgs 97/16

### DICHIARA

Il seguente emolumento complessivo percepito :

Emolumento complessivo annuale percepito
<u>€ 112.395,20</u>

I seguenti importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici :

Importo complessivo viaggi pagati con fondi pubblici	Importo complessivo missioni pagati con fondi pubblici

di essere titolare delle seguenti altre cariche/incarichi presso enti pubblici o privati e di percepire i relativi compensi :

Denominazione Ente Pubblico o Privato	Tipo incarico	Compenso complessivo

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.

Luogo e Data 05-03-2018

Il Dichiarante 