

# ALLA CASA DI RIPOSO DI NOVENTA PADOVANA

**Oggetto: dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali.**

Il sottoscritto STEFANIA GAFFARELLI  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
In qualità di FISIOTERAPISTA

## DICHIARA

di avere in essere  non avere in essere gli incarichi o la titolarità di cariche presso enti pubblici o privati o altri eventuali incarichi come di seguito indicato:

Soggetto conferente	Tipologia incarico/consulenza/carica	Data conferimento incarico	Data fine incarico
OTC - Cooperativa Immacolata Sanzione - Ospedale di Comunità	FISIOTERAPISTA	27/01/2019	
Villa Ferri Modica - poliambulatorio psichiatrico	FISIOTERAPISTA	15/04/2021	
Trattamenti adomnici e/o in libera professione, per privati	FISIOTERAPISTA	01/01/2021	

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

data 30/07/2023

Firma \_\_\_\_\_