



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 - 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228

DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 15 del D.L.gs n. 33/2013  
e degli ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445  
(barrare e compilare la voce che interessa)

Trento, 16/05/13

Il sottoscritto PELLEGRINI FABRIZIO nato il [REDACTED]  
con riferimento all'incarico di: docenza per l'incontro "ENPAM previdenza e assistenza. Tra opportunità e  
obblighi della Fondazione" valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445  
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. medesimo

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di **NON** essere titolare di incarichi o di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica  
amministrazione

di **ESSERE** titolare di incarico/incarichi o di carica/cariche presso il/i seguenti ente/i di diritto privato regolato/i  
o finanziato/i dalla pubblica amministrazione:

Ente: ENPAM FONDAZIONE  
Via Piazza V. Emanuele II, 78  
Città ROMA  
Incarico/carica ricoperto/a CONSULENZA ENPAM QUOTA B

Ente: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_  
Incarico/carica ricoperto/a \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_  
Incarico/carica ricoperto/a \_\_\_\_\_



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228

di svolgere le seguenti attività professionali:

Attività professionale svolta: ODONTOIATRIA  
Ente/ditta/studio professionale STUDIO DENTISTICO PELLEGRINI  
Via Strada per le 3 CIME, 10  
Città TRENTO (TN)

Attività professionale svolta: \_\_\_\_\_  
Ente/ditta/studio professionale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

Dichiara altresì che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento.

Il dichiarante