

DICHIARAZIONE ALTRI INCARICHI/CARICHE

con riferimento all'incarico dirigenziale di livello non generale denominato "**Direttore Provinciale presso la Direzione Provinciale di CHIETI**", decorrente dal **01/02/2026**

Cognome Nome

DR.SSA GAGLIARDI LUIGINA

DICHIARA(a)

ai sensi dell'art.14, c. 1, lett. d) ed e) del d. lgs. n.33/2013, DI NON AVERE ALTRE CARICHE o INCARICHI presso enti pubblici o privati

Consapevole delle responsabilità assunte ai sensi delle norme vigenti in materia (art.76 DPR 455/2000), dichiaro che le informazioni fornite nella presente scheda sono veritiere.

Luogo e data _____

Firma _____