**DICHIARANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| cognome | **SATOLLI** |
| nome | **ROBERTO** |

**sezione 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VIAGGI DI SERVIZIO E MISSIONI PAGATI CON FONDI PUBBLICI** | | |
| Viaggio/Missione | Periodo | Importo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**sezione 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARICHE RICOPERTE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI E INDICAZIONI DEL COMPENSO** | | | |
| Carica | Ente | Periodo | Compenso |
| nessuna |  |  | nessuno |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**sezione 3**

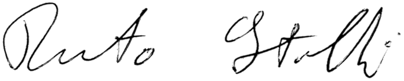
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALTRI INCARICHI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA E INDICAZIONI DEL COMPENSO** | | | |
| Incarico | Ente | Periodo | Compenso |
| Com etico emilia nord |  | 1/1 /2021 – 28/2 /2021 | 250 euro a seduta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data -18/01/2021----------------

F.to dal dichiarante

…Roberto Satolli……………………………………

*(inserire nome e cognome)*



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“L’originale della presente attestazione è conservato presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano”