



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI**

### **SEZIONE OBBLIGATORIA**

#### **Parte I**

**Nome:** FEDERICO

**Cognome:** MARTINI

**Titolo/Ruolo:** DIRIGENZA SPTA

**Indirizzo professionale:** Via Portuense, 292

**Indirizzo e-mail:** federico.martini@inmi.it

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue: consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso **Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS** e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.

1. **Attività:** Dipendente

**Periodo:** Da oltre 5 anni

**Data:** 30 Giugno 2018

**IL DICHIARANTE  
FEDERICO MARTINI\***

**Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",**

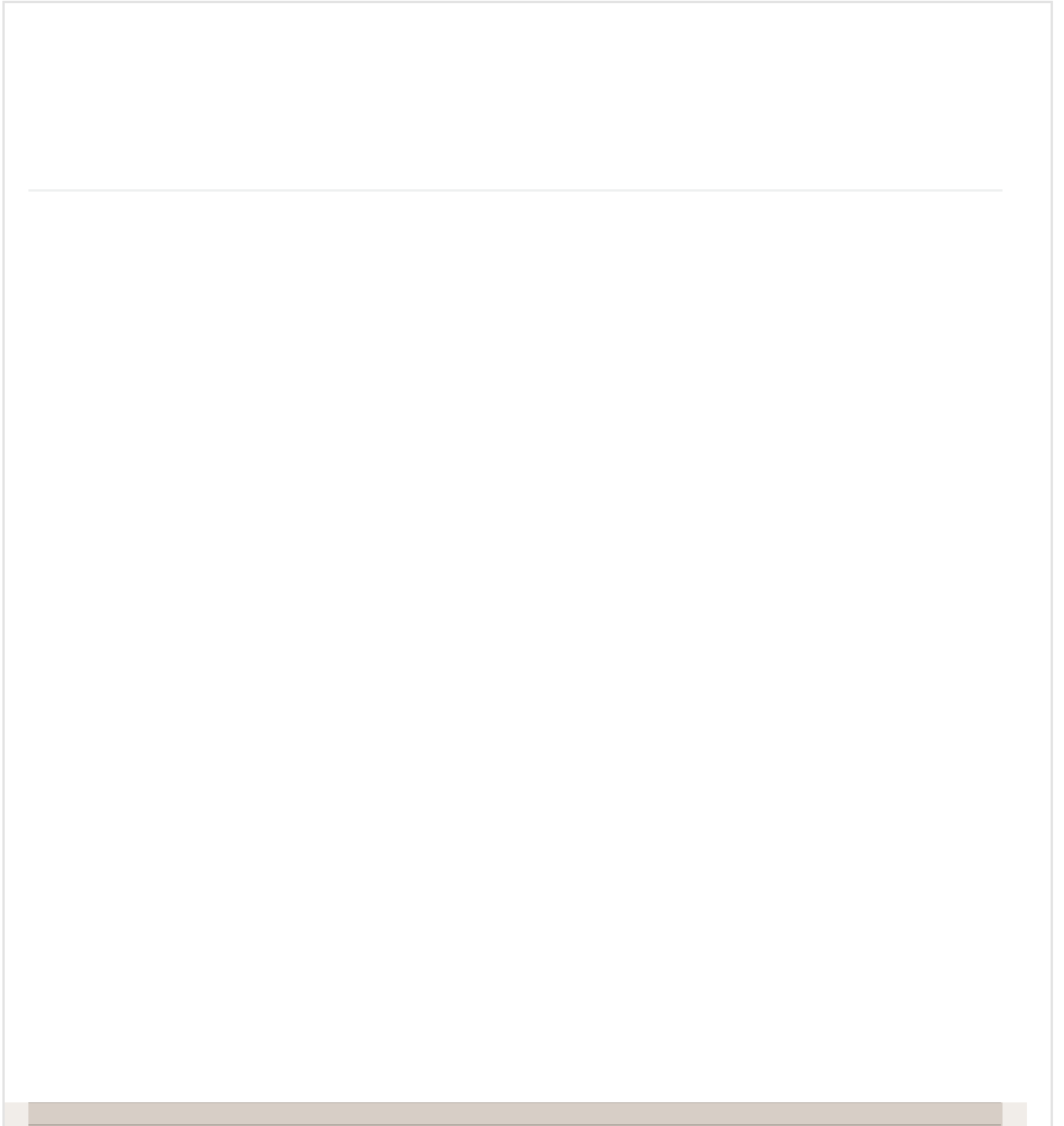


# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS al trattamento dei miei dati personali.**

**Data: 30 Giugno 2018**

**IL DICHIARANTE  
FEDERICO MARTINI\***



ERROR: dictfull  
OFFENDING COMMAND: image

STACK:

-mark-  
-savelevel-