Fondazione I.R.C.C.S.
Istituto Neurologico Carlo Besta

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

Modulo 1

DICHIARANTE

NOME	BOLDINI
COGNOME	PAOLO
Qualifica	MEMBRO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

IMPORTI DI VIAGGI DI SERVIZIO E MISSIONI PAGATI CON FONDI PUBBLICI		
VIAGGI/MISSIONE	**PERIODO**	**IMPORTO**

CARICHE RICOPERTE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI E INDICAZIONI DEL COMPENSO			
CARICA	**ENTE**	**PERIODO**	**COMPETENZE**

ALTRI INCARICHI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICI E INDICAZIONI DEL COMPENSO			
CARICA	**ENTE**	**PERIODO**	**COMPETENZE**

Data 25/01/2026

Firma _____