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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

Modulo 1

DICHIARANTE

NOME	MICHELE USUELLI
COGNOME	
Qualifica	MEMBRO CDA BESTA

IMPORTI DI VIAGGI DI SERVIZIO E MISSIONI PAGATI CON FONDI PUBBLICI		
VIAGGI/MISSIONE	**PERIODO**	**IMPORTO**
	No	

CARICHE RICOPERTE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI E INDICAZIONI DEL COMPENSO			
CARICA	**ENTE**	**PERIODO**	**COMPETENZE**
	No		

ALTRI INCARICHI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICI E INDICAZIONI DEL COMPENSO			
CARICA	**ENTE**	**PERIODO**	**COMPETENZE**
DIRIGENTE MEDICO	POLICLINICO	DA 2011 TEMPO INDETERMINATO	CIRCA 80.000 LORDI /AA

Data 14-3-24

Firma