



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

GIUSEPPE LUZZINO
Il/la sottoscritto, _____ nat/a NA POLI il 5-3-57
Cod. Fisc. LPPGPP57C05F839C, in relazione all'incarico di Direttore del
Dipartimento di NEUROSCIENZE
dell'Università degli Studi di Parma, al fine della raccolta dati relativi l'art. 15, comma 1,
lettera c) del D.LGS. n. 33/2013

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445/2000

Di essere titolare dei seguenti di incarichi e/o di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

INCARICHI/CARICHE	COMPENSO

Di non essere titolare di incarichi e/o di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

Di prestare attività professionale

ATTIVITÀ PROFESSIONALE	COMPENSO

Di non prestare attività professionale.

Parma, 22/5/15

In fede