

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

Oggetto: **dichiarazione ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. 33/2013**

Il sottoscritto CORRADI RAFFAELLA

titolare dell'incarico di Medico di categoria ANTIIC (SOSTITUTO)

a decorrere dal 1 luglio 2016 dichiara ai sensi della norma in oggetto indicata



di non ricoprire alcun incarico/carica in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

ovvero



di ricoprire i seguenti incarichi/cariche

_____ presso _____

_____ presso _____

_____ presso _____



di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero



di svolgere l'attività professionale di Medico Oculista

Luogo e data

2/9/2016

