

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

Il sottoscritto CARLO MF CAPONE titolare dell'incarico di MEDICO di categoria
ANFFAS PRESSO LA DIREZIONE PROVINCIALE INPS DI PARMA a decorrere dal 4/7/2016

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 LIBERO PROFESSIONISTA
NEUROPSICHIATRA INFANTILE

Luogo e data

PARMA 5/7/2016

Firma
