

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

Il sottoscritto AGRESTI YARA titolare dell'incarico di MEDICO DI CATEGORIA
a decorrere dal _____ 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 SPECIALISTA NPI

Luogo e data

Polverara 2/3/2017

Firma

[Redacted signature]