

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

Il sottoscritto Papano Graice 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

DIRIGENTE MEDICO I LIVELLO presso UOE Handicap - Riabilitazione

_____ presso _____

_____ presso _____



di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero



di svolgere l'attività professionale di _____

Luogo e data

Cefalù 06/05/2015

Firma

