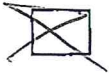


Oggetto: dichiarazione ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. 33/2013

Il sottoscritto Dott. CAPRIO 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 NEUROCHIRURGO

Luogo e data

06/07/2016