

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

Il sottoscritto FATTORE PLARIDO titolare dell'incarico di COMMISSIONE INVALIDITA' CIVILE INPS
COMPONENTE ANMIE a MEDICO DI CATEGORIA
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 dipendente ASL CE

Luogo e data

1/7/2016