

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

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

Il sottoscritto dott. Maria Luisa Tognon titolare dell'incarico di medico

representante di categoria (ANMIC) _____ a decorrere dal

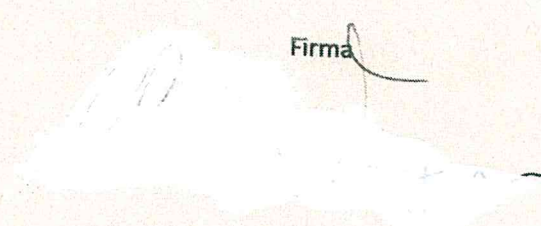
01/01/2016 dichiara ai sensi della norma in oggetto indicata

di non ricoprire alcun incarico/carica in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica
amministrazione

di svolgere l'attività professionale di medico libero-professionista

Luogo e data Trieste, 25/07/2016

Firma

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp is mostly obscured by the signature and has some illegible text and a central emblem. The signature appears to be 'M. Tognon'.