All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

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

Il sottoscritto Maria Paola Fiore titolare dell'incarico di Medico esterno a decorrere dal 02/05/2016 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

ovvero

☒ di ricoprire i seguenti incarichi/cariche

Medico di Direzione Sanitaria Fondazione Dav. Chiocchi Onlus (incarico libero professionale) presso Presidio ASL

presso

presso

☐ di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

☒ di svolgere l'attività professionale di Medico Competente

Luogo e data

Torino, 21/07/2016

Firma

[redacted]