

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

Il sottoscritto Dr. CAPASSO ALDO, titolare dell'incarico di  
Medico ESTERNO COAVENZIONATO IAPS a decorrere dal 1.1.2018 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 \_\_\_\_\_

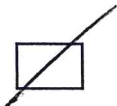
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_



di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero



di svolgere l'attività professionale di medico legale libero professionista

luogo e data

Monfalcone, 29.12.2017

Firma

\_\_\_\_\_