

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

Il sottoscritto BORRELLI LEO titolare dell'incarico di Medico DI CATEGORIA ANNIE 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 \_\_\_\_\_

Luogo e data ROMA  
18/09/2018