

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

Il sottoscritto CARDONE PASQUALE titolare dell'incarico di MEDICO RAPPRESENTANTE a CATEGORIA

decorrere dal ~~01-10-2015~~ AL ~~31-12-2015~~ dichiara ai sensi della norma in oggetto indicata
15.11.2017 - 30.6.2018

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 TITOLARE DI C. A.

Luogo e data

Potenza 15/11/2017