

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

Il sottoscritto LAUGELLI GIOVANNI titolare dell'incarico di MEDICO ANHIV a decorrere dal 01/07/2011 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 INCHIEFTE presso ASP POTENZA  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di non svolgere alcuna attività professionale

Ovvero

di svolgere l'attività professionale di \_\_\_\_\_

Luogo e data

P.z. - 01/07/2012

/ . "