

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

Il sottoscritto LOTITO MARIA ANTONIA titolare dell'incarico di MEDICO DI CATEGORIA a decorrere dal 01/07/2014 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 CONVENZIONATO C. A. presso ASP POTENZA

_____ presso _____

_____ presso _____

di non svolgere alcuna attività professionale

Ovvero

di svolgere l'attività professionale di _____

Luogo e data

Potenza 28/06/2014