

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

Il sottoscritto DOTT. CIANCARLO CORTI titolare dell'incarico di MEDICO DI CONTROLLO
decorrente dal OTTOBRE 2017 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 DI CONTRACE OPERAT. / presso _____
PER TURNI NOTT.
PRESSO ATS INSOBRIA - ATS INSOBRIA -
_____ presso _____

- MEDICO NECROSCOPO ASST. CARUANA -
ASST. CARUANA - _____ presso _____

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di
(indicare il tipo di attività svolta: libero professionista / rapporto di lavoro subordinato in regime di part time, ecc..)

- LIBERO PROFESSIONISTA PRIVO DI INCOMPATIBILITA'
CON LIENTE -

Luogo e data LECCO 03.10.2017

Firma

