

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

Il sottoscritto SARA CARROZZO titolare dell'incarico di MEDICO DI CATEGORIA ANMI C
a decorrere dal 1.7.2017 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

_____ presso _____

_____ presso _____

_____ presso _____

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Luogo e data

Bari 1.7.2017

Documento firmato in originale