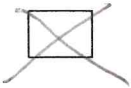


Oggetto: dichiarazione ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. 33/2013

Il sottoscritto LAMARINA LOREDANA titolare dell'incarico di MEDICO CONVENZIONATO ASSISTENTE
a decorrere dal 01-01-2018 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

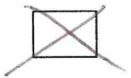


di ricoprire i seguenti incarichi/cariche

_____ presso _____

_____ presso _____

_____ presso _____



di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero



di svolgere l'attività professionale di _____

Luogo e data

BARI, 20-12-17

Firma

Documento firmato in originale