

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

Il sottoscritto MININNI FABIO titolare dell'incarico di MEDICO RAPPRESENTANTE DI CATEGORIA  
a decorrere dal 1/3/2017 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 SPECIALISTA AMBULATORIALE VO ASST LECCO

Luogo e data

BARI 3/3/17

Documento firmato in originale