

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

Il sottoscritto Leadi Anne Maria titolare dell'incarico di Medico di Categoria AMNC

decorrere dal \_\_\_\_\_ 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 Competente

Luogo e data

AQ. 03.07.2020

firma

[Redacted signature area]