

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

Il sottoscritto Agostino SCALAFERRI titolare dell'incarico di Medico CONVENZIONATO a  
ESTERNO  
decorrere dal 28/06/2020 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

SPECIALISTA AMBULATORIALE presso INAIL POTENZA (n° 10 ore settimanali)  
MEDECINA del LAVORO

/ presso /

/ presso /

di non svolgere alcuna attività professionale

Ovvero

di svolgere l'attività professionale di MEDECINA del LAVORO

Luogo e data

Canuse, 25/06/2020

Firma