All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

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

La sottoscritta ____CALVISI PIERA___ titolare dell'incarico di Medico esterno a decorrere dal 28 giugno 2020, dichiara ai sensi della norma in oggetto indicata

[X] 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 _____/////////////_____

[X] di non svolgere attività professionale

ovvero

[ ] di svolgere l'attività professionale di _____/////////////_____

Luogo e data

Santa Marinella, 2 luglio 2020