

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

Il sottoscritto CAMPOLÒ MARIA F. titolare dell'incarico di MEDICO ESTERNO INPS  
a decorrere dal 01.07.2020 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

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di AIUTO  
CHIRURGO due MANO  
IN REGIME di PARTITA I.V.A.

Luogo e data

Bo, 29.06.2020

Firma

