

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

Il sottoscritto Dr. SSA CURCIO FLORIANA, titolare dell'incarico di
Medico ANMIE a decorrere dal 01.01.2017 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

SOSTITUTO CONTINUITA' ASSISTENZIALE presso ASL SALERNO

_____ presso _____

_____ presso _____

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di _____

luogo e data

30 GIU. 2017

Firma
