

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

Il sottoscritto FARALDO M. A., titolare dell'incarico di
Medico CONVENZIONATO ESTERNO a decorrere dal 16-7-2018 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 NEUROPSICHIATRA INFANTILE

luogo e data

2-7-2018

Firma
