

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

Il sottoscritto GAROFALO ANIREA titolare dell'incarico di  
Medico \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ 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

ASL CE presso Policlinico S. Maria

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

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

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di oculista

luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_