

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

Il sottoscritto DR LEO GIOVANNI, titolare dell'incarico di  
Medico LA CATEGORIA a decorrere dal 1/7/2018 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 \_\_\_\_\_

luogo e data

NAPOLI 5/7/2018

Firma

\_\_\_\_\_