

All'Istituto Nazionale della previdenza Sociale

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

Il sottoscritto Dr. MAZZOCCA SALVATORE titolare dell'incarico di  
Medico DI CATEGORIA a decorrere dal 02/LUGLIO/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

Firma

MAZZOCCA

02/07/2018

\_\_\_\_\_