

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

Il sottoscritto COSTA MICHELANGELO titolare dell'incarico di MEDICO DI CATEGORIA
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

_____ presso _____

_____ presso _____

_____ presso _____

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di medico di medicina generale convenzionato S.S.N. presso ASL delle Romagne

Luogo e data

Firma

05/07/2018

[Redacted Signature]

Autentica della firma

(art. 21 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto TERESA BERTASSO funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di VIOLA attesto che la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa COSTA, identificato mediante C.I. _____ previa ammonizione fatta al dichiarante sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di omissioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.

Luogo e data

Viola, 05/07/2018

Firma

[Redacted Signature]