

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

Il sottoscritto FILIPPONI SARA titolare dell'incarico di MEDICO FISCALE
a decorrere dal 12/09/2018 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

FERRARA
12/09/2018

Firma



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

Io sottoscritto PIZZINARDI STEFANIA funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di Ferrara attesto che
la firma è stata accertata in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa FILIPPONI SARA, identificato mediante
via ammonizione fatta al dichiarante sulla responsabilità penale cui può andare incontro in
caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.

Luogo e data Ferrara 12/09/2018

Firma

