

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

Il sottoscritto GOLI SALVATORE titolare dell'incarico di MEDICO FISCALE INPS
a decorrere dal 7/11/2018 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

Avvenna 7/11/2018

Firma



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

Io sottoscritto PAOLA BELLI funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di RAVENNA attesto che la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa GOLI SALVATORE, identificato mediante _____, previa ammonizione fatta al dichiarante sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di alterazioni, mandati o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.

Luogo e data Re, 07.11.2018

Firma

