

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

Il sottoscritto PANIZZI CLAUDIA titolare dell'incarico di MEDICO DI 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 _____

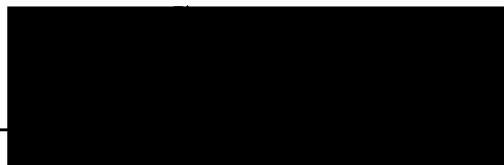
di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di MEDICO DI AMBULATORIO CARITAS
A TITOLO GRATUITO E NON CONVENZIONATO

Luogo e data

ALBINEA 26/7/18



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

Io sottoscritto TOMACIARI RAFFAELLA funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di ALBINEA attesto che la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa PANIZZI CLAUDIA, identificato mediante carta d'identità previa 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 31/07/2018

Firma

