

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

Il sottoscritto ZAPPALÀ SIMONA titolare dell'incarico di Medico Fisico
a decorrere dal 12/9/18 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

LIBEROPROFESSIONISTA presso _____
NON INCOMPATIBILE CON LE ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO
presso _____
presso _____

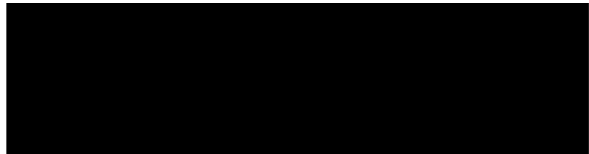
di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di FLEBOLOGO

Luogo e data

FERRARA 12/9/18



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

Io sottoscritto Pizzardi SIMONA funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di Ferrara attesto che
in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa ZAPPALÀ SIMONA, identificato mediante
revia 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

