

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

Il sottoscritto GIULIA ROSSI titolare dell'incarico di MEDICO CONVENZIONATO ESTERNO a decorrere dal 05/10/18 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

MEDICO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE presso L'ASL TOSCANA NORD OVEST

_____ presso _____

_____ presso _____

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di MEDICO CHIRURGO

Luogo e data

Lucca 05/11/18



"Documento firmato in originale"