

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

Il sottoscritto Paolo Power

titolare dell'incarico di medico esterno e/o INPS TERAMO

a decorrere dal 02/01/2018 al 31/12/2018 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 \_\_\_\_\_

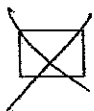
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_



di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero



di svolgere l'attività professionale di

NEUROLOGO E PSICHIATRA

LIBERO PROFESSIONISTA

data

29.12.2017

Firma