

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

Il sottoscritto ALBERTO CONTI titolare dell'incarico di MEDICO DI CATEGORIA VIC
a decorrere dal 25/06/18 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

INCARICO AMBULATORIALE COME CONVENZIONATO INTERNO OCULISTA
presso ASL DI REGGIO EMILIA

INCARICO AMBULATORIALE COME CONVENZIONATO INTERNO OCULISTA
presso ASL DI PIACENZA

_____ presso _____

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di LIBERO PROFESSIONISTA

Luogo e data

PC 25/06/18

Firma

[Redacted Signature]

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

Io sottoscritto _____ funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di Piacenza attesto che la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa Alberto Conti, identificato mediante _____ via 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 Piacenza, 25/06/18

Firma

[Redacted Signature]