

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

Il sottoscritto FERRARONI FEDERICA titolare dell'incarico di MEDICO ESTERNO
a decorrere dal GENNAIO 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 IN REGIME DI LIBERA - PROFESSIONE

Luogo e data

Firma

PARITA 27.12.2017

[Redacted Signature]

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

Io sottoscritto [Redacted] funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di PARITA attesto che la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa FERRARONI FEDERICA identificato mediante [Redacted] e 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 PARITA 27.12.2017

Firma

[Redacted Signature]