

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

Il sottoscritto GHIRARDINI ENRICA titolare dell'incarico di MEDICO RAPPRESENTANTE DI CATEGORIA
a decorrere dal _____ 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 _____

Luogo e data

Firma

FERRARA, 16/04/2018

[Redacted Signature]

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

Io sottoscritto _____ario presso la Segreteria di Direzione INPS di Bologna attesto che
la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa GHIRARDINI ENRICA identificato mediante
CE Finisolo previa 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

Bologna, 7.5.18

Firma

[Redacted Signature]