

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

Il sottoscritto MARTA GUALANDI titolare dell'incarico di MEDICO ESTERNO ^{PIAEZ INPS RIMINI}
a decorrere dal 11 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, *sospesa attività da medico FISCALE INPS per il 2018 (vedi allegato) ..*
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

Rimini 20/12/2017

Firma

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

Io sottoscritto _____ funzionario presso la Segreteria di Direzione INPS di RIMINI attesto che la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa MARTA GUALANDI, identificato mediante _____ 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 Rimini 20/12/2017

Firma
