

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

Il sottoscritto LEMMI GIUSEPPE titolare dell'incarico di MEDICO RAPPRESENTANTE ENS
a decorrere dal 1-3-2017 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

PARMA 1-3-2018

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 PARMA attesto che la firma è stata apposta in mia presenza dal dott./dalla dott.ssa LEMMI GIUSEPPE, identificato mediante IDENTITA' CERTA 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 PARMA 1-3-2018

Firma

[Redacted Signature]