

All'Istituto nazionale della Previdenza sociale

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

LA sottoscritta DE MIA DONATA \_\_\_\_\_ titolare dell'incarico di Medicina Fiscale presso inps di  
Fabriano (AN) \_\_\_\_\_ a decorrere dal NOVEMBRE 2000 \_\_\_\_\_ 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

coprire i seguenti incarichi/cariche

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

non svolgere alcuna attività professionale

Ovvero

svolgere l'attività professionale di MEDICO DI CONTROLLO INPS -FABRIANO

(AN) \_\_\_\_\_

FABRIANO, 29/06/2018

Firma