

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

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

Il sottoscritto BUCCINO EUGENIA titolare dell'incarico di MEDICO ESTERNO 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

Milano 10/07/2019

Firma

[Redacted signature area]