

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

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

Il sottoscritto FOUNO EVARISTO titolare dell'incarico di MEDICO ESTERNO a
decorrere dal 09/07/19 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

CONTINUITA ASSISTENZIALE presso ATS PAVIA

ISTITUTO DON GNOCCCHI PALAZZO presso MILANO

_____ presso _____

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di LIBERO PROFESSIONISTA

Luogo e data

09/07/19

