

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

Il sottoscritto WISA SOLMI titolare dell'incarico di MEDICO ESTERNO CONVENZIONATO  
decorrente dal 28-06-18 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

MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE presso ASL POTENZA  
A TEMPO DETERMINATO O PER CARENZA

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

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

di non svolgere alcuna attività professionale

Ovvero

di svolgere l'attività professionale di \_\_\_\_\_

Luogo e data

MARSICOLEVE DE 28.06.18

