

Oggetto: dichiarazione ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 31/2011

il sottoscritto D'AZZORRIS ANGELO RAFFAELI, titolare dell'incarico di
Medico CONVENZIONATO a decorrere dal 08/10/2019 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 SPECIALISTA AMBULATORIALE IN
MEDECINA ESTETICA PER N. 12 ORE ASL PALERMO,
N. 21 ORE ASL BENIVENTANO, N. 5 ORE ASL TORRELLICIA.

luogo e data

08/10/2019

Firma

[Redacted signature area]