

All'Istituto Nazionale della previdenza Sociale

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

il sottoscritto FABRIZIO SERRA, titolare dell'incarico di
Medico OSTRINO, decorrente dal 21/10/2019, 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

L.P. CHIRURGIA

luogo e data

7-X-2019

Firma

[Redacted signature]