

**All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale**

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

Io sottoscritta **CARDILLO PATRIZIA ANTONELLA** nato/a **Aci Bonaccorsi (CT)** il **18/1/1969** CF **CRDPRZ69A58A025M** titolare dell'incarico di **MEDICO ESTERNO** a decorrere dal **2/8/2019** 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 di ricoprire i seguenti incarichi/cariche  
ovvero

di svolgere l'attività professionale di LIBERO PROFESSIONISTA/MEDICO  
LEGALE \_\_\_\_\_

Ragusa, 02/08/2019

 **Firma**