

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

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

Il sottoscritto NOBILE ANDREA titolare dell'incarico di MEDICO RAPPRESENTANTE DI CATEGORIA a

decorrere dal _____ 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

SPECIALISTA ORTOPEDICO presso POLIAMBULATORIO RAGUSA

SPECIALISTA ORTOPEDICO presso POLIAMBULATORIO VIGITANO

SPECIALISTA ORTOPEDICO presso INAIL RAGUSA

di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

di svolgere l'attività professionale di ORTOPEDICO

Luogo e data

Enna 01/02/15

Firma

~~_____~~