

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

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

la sottoscritta Dott.ssa **SPAMPINATO CARMELA** titolare dell'incarico di **MEDICO DI**

**CATEGORIA ANMIC** a decorrere dal 01/07/2019 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

MEDICO CHIRURGO PRESSO OSPEDALE DI PATERNO' BIANCAVICCA  
\_\_\_\_\_ presso U.O. CHIRURGIA

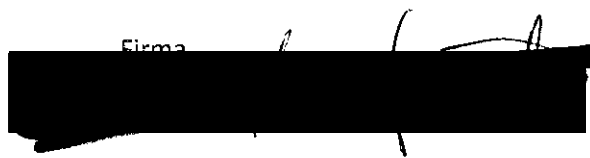
di non svolgere alcuna attività professionale

ovvero

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

CATANIA , 01/07/2019

Firma

A black rectangular redaction box covers the signature area, with a handwritten signature visible above it.