

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

Il sottoscritto ARFIDA LEONIDA titolare dell'incarico di MEDICO CONVENZIONATO FIRENZE a decorrere dal 12/2015 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 LIBERO PROFESSIONISTA-PRIVATO

Luogo e data

Firenze 03/gennaio/2018



"Documento firmato in originale"