

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

La sottoscritta **De Luca Amalia Maria Carmela** titolare dell'incarico di Componente **C.M.I. di Cosenza** in qualità di **Rappresentante dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi civili** a decorrere dal **25 gennaio 2016** 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 **Dirigente Medico a Tempo indeterminato** presso l'**Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza**

Luogo e data **Cosenza 14 marzo 2016**

Firma