

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

Il sottoscritto [redacted] titolare dell'incarico di MEDICO ESTERNO PRESSO LA DIREZIONE PROVINCIALE
INPS DI PARMA a decorrere dal 9/5/2016 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 _____

Luogo e data

9/05/2016

Firma

_____ [redacted] _____