

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

Il sottoscritto CARLO MASSIMO FABRIZIO CAPONE titolare dell'incarico di MEDICO DI CATEGORIA a decorrere dal 25.06.2015 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

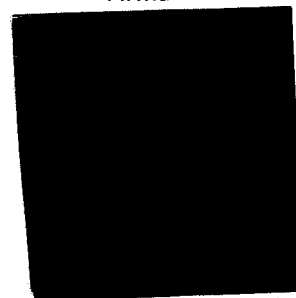
ovvero

di svolgere l'attività professionale di MEDICO SPECIALISTA LIBERO PROFESSIONISTA

Luogo e data

PARMA , 12.02.2016

Firma

A large black rectangular redaction box covering the signature area.