

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

Il sottoscritto Alfredo de Cristofaro..... titolare dell'incarico di  
MEDICO di categoria ...ANMIC..... PRESSO LA DIREZIONE PROVINCIALE INPS DI  
...Forl'..... a decorrere dal 1/05/2016 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

\_\_Forlì 13/05/2016\_\_\_\_\_

Firma

