

Il sottoscritto ^{GALLO} MARCO nato a _____ () il _____ Codice Fiscale _____ con riferimento all'incarico di CONSULENTE MEDICO-LOGICALE IN AMBITO PREVIDENZIALE (INVALIDITA'-INPS) IN QUALITA' DI LIBERO PROFESSIONISTA DICHIARA -

sotto la propria responsabilità

- l'assenza di impedimenti di cui all'art. 9 D.Lgs. 39/2013;

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Torino, li 20/02/2014

FIRMATO IN ORIGINALE