Al Preside della Facoltà di
Scienze MM.FF.NN.
P.le Aldo Moro n.5
00185 ROMA

OGGETTO: Informazioni di cui all'art.15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n.33/2013 (Riordino della, da parte delle strutture in indirizzo, disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)- Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 4454/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritto/a, BARBARA TICCONI,
nato/a il 29-10-92, a ALATRI (prov. FR),
in qualità di (*) DOTTORANDA, per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. N33/2013,

dichiaro

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.455/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

☒ di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

□ di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

_____

_____

_____

Io sottoscritto/a unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:
CARTA D'IDENTITÀ, n. AT 4586366,
rilasciato da Comune di Trivigliano il 01/08/2013.

Roma, 12/04/19

FIRMA

Barbara Ticconi

(*) indicare la qualità