

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
Sapienza Università di Roma  
Viale Regina Elena n. 324  
00161 - 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. 445/2000 e ss.mm.ii.**

Con la presente, io sottoscritto, Oronzo CHIALA'  
nato il 29 novembre 1983, a Cisternino (prov. BR),  
in qualità di (\*) Docente a contratto, per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013,

dichiaro

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, 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 di 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, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:  
Tessera Ministero della Difesa, n. MMDA27365,  
rilasciato da Ministero della Difesa il 09.03.2015.

Roma, 21.03.2021

FIRMA  


(\*) indicare la qualità