

**DICHIARAZIONE A NORMA DEL D.LGS. N. 33/2013, ART. 15, CO.1, LETT. C)<sup>1</sup>**

**resa ai sensi del DPR n. 445/2000**

La sottoscritta

con riferimento all'incarico di ricercatore a tempo determinato di tipologia A

*(indicare la tipologia dell'incarico: ad es. consulenza/collaborazione/docenza)*

relativo a \_

*(riferimento all'oggetto dell'incarico)*

conferito dal Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

*(Area, Facoltà, Dipartimento, Centro che ha conferito l'incarico)*

**DICHIARA**

ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, art. 15 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza", comma 1, lett c), consapevole delle sanzioni penali previste per i casi di dichiarazione mendace, così come stabiliti dall'art. 76, secondo comma, del D.P.R. 445/2000

- di **non** svolgere incarichi, di **non** di rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;
- di **non** svolgere attività professionali;

ovvero

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

| <b>INCARICHI E/O CARICHE</b>                  |                                  |                               |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <b>Soggetto conferente</b>                    | <b>Tipologia incarico/carica</b> | <b>Periodo di svolgimento</b> |
|                                               |                                  |                               |
|                                               |                                  |                               |
|                                               |                                  |                               |
|                                               |                                  |                               |
| <b>ATTIVITA' PROFESSIONALI</b>                |                                  |                               |
| <b>Attività</b>                               | <b>Soggetto</b>                  | <b>Periodo di svolgimento</b> |
| Consulente neurologo<br>Libero professionista | Anffas Roma onlus                | Dal 2019 attualmente in corso |
|                                               |                                  |                               |
|                                               |                                  |                               |

<sup>1</sup> Il presente modulo è predisposto ai fini della pubblicazione e garantisce il rispetto della normativa in materia di tutela dei dati. La dichiarazione integrale è conservata presso gli Uffici della Struttura che ha conferito l'incarico.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_la sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni su quanto dichiarato.

\_la sottoscritta dichiara di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ateneo, nella Sezione "Amministrazione trasparente", nelle modalità e per la durata prevista dal d.lgs. n. 33/2013, art. 15.

Data

f.to

15/10/2025