



Al Direttore del Dipartimento di

Scienze Medico
chirurgiche e medicina traslazionale
Sapienza Università di Roma
Piazzale Aldo Moro n. 5
00185 - ROMA

OGGETTO: Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii).

Con la presente, io sottoscritto COSTA CARMELO nato il 7/3/56
a CATANIA (prov. CT),

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 trovarmi in una situazione anche potenziale di conflitto di interessi con l'Università La Sapienza di Roma;
- Di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, ovvero un rapporto di coniugio con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze medico chirurgiche e medicina traslazionale, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università La Sapienza di Roma.

Io sottoscritto, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

CARTA D'IDENTITÀ n. AV 745 3552
rilasciato da COMUNE DI CATANIA il 10/12/2016

Roma, 20/03/22

FIRMA
Gambolini