



**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**

Il sottoscritto **CHIARA LUPOI**

con riferimento all'incarico di docenza master relativo al master **Gestione delle lesioni cutanee ( wound care)**

conferito dal **Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e di Medicina Traslazionale**

**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

A) 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

B) 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:

INCARICHI E/O CARICHE		
Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di svolgimento
ATTIVITA' PROFESSIONALI		
Attività	Soggetto	Periodo di svolgimento

E di medicina traslazionale, Università degli studi di Roma Sapienza

Via Giorgio Nicola Papanicolaus.n.c, cap00189 Roma

Tel 0649697714


Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni su quanto dichiarato.

Il sottoscritto 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 10.06.2025

f.to..... CHIARA LUPOI

