

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

resa ai sensi del DPR n. 445/2000

L' sottoscritt_o GUIDO CIPRANDI
con riferimento all'incarico di DOCENZA
(indicare la tipologia dell'incarico: ad es. consulenza/collaborazione/docenza)
relativo a MASTER WOUND CARE (S. Andrea)
(riferimento all'oggetto dell'incarico)
conferito dal Dpt Ch. S. Andrea Univ. 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:

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

¹ 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.

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

01/07/2025

f.to

[Handwritten signature]