

Al Direttore del Dipartimento di  
Biotechnologie Medico-Chirurgiche  
Corso della Repubblica,79  
04100 LATINA

**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 sottoscritt, MASSIMO MASTRODDI,  
nato il 2/12/1977 ROMA (prov. RM),  
in qualità di (\*) MEDICO, per 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:

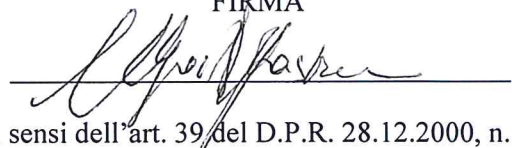
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Latina, 23-04-20

FIRMA



(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

(\*) indicare la qualità