

Al Direttore del Dipartimento di Biotecnologie 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 sottoscritta\_, Elisabetta Sinibaldi, nata il 22/11/1956, a Roma (prov. RM), in qualità di (\*) Docente in Fisioterapia, per finalità di cui all'art. 15, c1 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
- Docente Corso di Formazione ECM Università Cattolica Policlinico Agostino Gemelli Roma  
Docente/Referente Master in Neuroriabilitazione a.a.2017/2018 Sapienza Università di Roma

Io sottoscritto Elisabetta Sinibaldi

\_, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

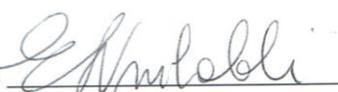
C.I. N AV 1899202, n.

Rilasciato da Comune di Roma,

il 17/03/2014

Latina, 22/01/2019

FIRMA

Firma 

(\*) indicare la qualità