



Allegato 1

Al Direttore del Dipartimento di Neuroscienze
Salute Mentale e Organi di Senso NESMOS
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Prof. Maurizio Barbara

Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c.1, lett. c) del Decreto Legislativo 33/2013 (Riordino della 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 sottoscritto BEATRICE RUFFELLI nato il 06/06/1990 a PAESESTRINA (prov. RM

.....) in qualità di ASSEGNATARIA DELL'INCARICO DI INSEGNAMENTO

per le 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 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:

TECNICO DELLA RIAB. PSICHIATRICA A TEMPO DETERMINATO PRESSO ASL RM 1

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

CARTA IDENTITÀ n. CA 17111 EX rilasciato da

COMUNE OLIVANO ROSSANO il 27/08/2019

Roma, 07/10/2021

Firma

Beatrice Ruffelli