



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Allegato D

AL Responsabile Amm.vo Delegato
Dipartimento di Scienze Cliniche Internistiche,
Anestesiologiche e Cardiovascolari,
V.le del Policlinico 155 - Roma

**Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13
(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 sottoscritta, Camilla Calvieri, nata il 22/07/1983, a Roma, prov. RM
in qualità di Medico Specialista in Cardiologia, per le finalità di cui all'art. 15 c. 1, lett. c) del
Decreto Legislativo n. 33/13

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni 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

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

Carta di Identità n. AZ1551230 rilasciato da Comune di Roma il 05/09/2019

Roma, 16 dicembre 2022

La dichiarante

Camilla Calvieri