

Allegato E

Al Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina
Università di Roma "La Sapienza"
Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 – D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a..... (prov.....) il
codice fiscale.....
attualmente residente a....., via..... n.....,
cap.....

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 sulle sanzioni penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

Di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento o alla struttura richiedente l'attivazione del contratto, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Data.....

Firma del dichiarante

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' FIRMATO