

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000 E SS.MM.II.
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)

Con la presente il sottoscritto

Cognome ARCONITO

Nome MARTA

Nato a MESSINA

e residente a SCALETTA Z. via ROMA n. 609

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. n. 445/2000 e ss. mm. ii, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiaro per le finalità di cui all'art. 15, comma 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) 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:

CREDENTIAL EVALUATOR PER AREA INTERNAZIONALIZZAZIONE SAPIENZA UNIVERSITÀ
.....

Il sottoscritto unisce alla presente la fotocopia del seguente documento di identità:

n. rilasciato da il

PASSAPORTO N. YB5411285 RILASCIATO DA MINISTERO AFFARI ESTERI E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
IL 19/07/2019
Data 11/02/2022

Firma del dichiarante

Marta Arconito