

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze e Biotecnologie Medico Chirurgiche
C.so della Repubblica,79
04100 Latina

OGGETTO: Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii).

Con la presente, io sottoscritto ^{ALBERTO} ~~QUATTROCCANI~~ nato ^{PETRALIA} ~~SOTTANA~~ a il 27/06/1988, per le finalità di cui all'art. 53, comma 14 del D. Lgs. n. 165/2001 come modificato dalla legge 190/2012, in relazione all'incarico di docenza nell'ambito del Master

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 trovarmi in una situazione anche potenziale di conflitto di interessi con l'Università La Sapienza di Roma;
- Di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, ovvero un rapporto di coniugio con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico Chirurgiche ,ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università La Sapienza di Roma.

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

CARTA D'IDENTITÀ N° AT42.92.605

Latina, 20/3/2017

FIRMA

Alberto Quattrocchi