DIPARTIMENTO DI
SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE
E DI MEDICINA TRASLAZIONALE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Medico chirurgiche e medicina traslazionale
Sapienza Università di Roma
Piazzale Aldo Moro n. 5
00185 - ROMA

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 sottoscrittA, LEONE CATERINA MARIA natA_ il _____10/02/1983_____, a _____TORINO_____ (prov. ___TO_____),

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 medico chirurgiche e medicina traslazionale, 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:
_____CI_____, n. _____
rilasciato da _____COMUNE DI ROMA_____ il _____.

Roma, _____24/03/2015_____

FIRMA

Sapienza Università di Roma
Dipartimento di Scienze Medico
Chirurgiche e di Medicina Traslazionale
Via di Grottarossa 1035/1039 - 00189 Roma
Tel. (+39) 06 49697712 - 7715
c.f..80209930587 p.iva 02133771002