

Al Preside della Facoltà di  
Medicina e Odontoiatria  
Sapienza Università di Roma

OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino, da parte delle strutture in indirizzo, 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, la sottoscritta **SILVIA DELLA POSTA** nata il 17.04.1985,

a PONTECORVO (prov. FR) in qualità di consulente per l'attività di insegnamento a titolo retribuito per l'a.a. 2021-2022, per le finalità di cui all'art. 15, comma 1, D. Lgs. n. 33/2013, dichiara 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 svolgere incarichi, di non di 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:

- HR Training Specialis presso Alveria s.r.l.
- Docente a contratto presso la Sapienza Università di Roma - CdL: Fisioterapia (abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista) - Corso di laurea D - Roma Azienda S.Camillo Forlanini
- Docente a contratto presso la Sapienza Università di Roma – Corso di Laurea F- Asl Latina (distretto Nord) a.a. 2020-2021 – *in scadenza*

La sottoscritta, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità: Carta di identità, n. CA39504DW rilasciato da COMUNE DI PONTECORVO il 24.04.2019

Roma, 3.10.2021

FIRMA 