

Al Direttore DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE
Sapienza Università di Roma ODONTOSTOMATOLOGICHE
Piazzale Aldo Moro n. 5 E MAXILLO-FACCIALI
00185 - ROMA PROF. ERSILIA BARBATO

OGGETTO: 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) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritta LARENZIA ORAZI
nata il 01/07/1984, a GENZANO DI ROMA (prov. ROMA),
in qualità di (*) COLLABORATORE, per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013,
PROFESSIONALE 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 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:

INCARICO DI COLLABORAZIONE PER L'ATTIVITA' DI "PROGETTAZIONE E GESTIONE DI ATTIVITA' FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI (TIRACINI PER CLINICI E LABORATORI DIDATTICI E DI RICERCA) NEI CORSI DI LAUREA E POST-LAUREA ATTERENTI AL DIPARTIMENTO DI SCIENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE E MAXILLO-FACCIALI"

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

CARTA D'IDENTITA', n. AX 9687727,
rilasciato da COTUNE DI GENZANO DI ROMA il 15/09/2016

Roma, 22/11/2018

FIRMA

L. Orazi

(*) indicare la qualità