



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 sottoscritto Vincenzo Marcotrigiano, nato il 01/01/1985 a Molfetta (BA)

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: carta d'identità n. CA67170FT rilasciata da Comune di Bisceglie il 03/01/2020.

Roma, 12/10/2021

FIRMA
Documento firmato da:
MARCOTRIGIANO VINCENZO
12.10.2021 19:57:04 UTC

