

## **ALLEGATO D**

**OGGETTO:** Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino 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, io sottoscritta Galosi Eleonora  
nata il \_\_\_\_\_ qualità di Medico per le finalità di cui all'art.  
15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

### **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,

o \_\_\_\_\_ di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

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

rilasciato da

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dipartimento di Neuroscienze umane ai sensi dell'art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse del Dipartimento di Neuroscienze umane.

Roma, 28/03/2023

FIRMA



