

Al Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina
Università di Roma "La Sapienza"
Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000 E SS.MM.II.

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)

Con la presente il sottoscritto

Cognome PEDONE

Nome Massimiliano

Nato a Roma il 9 Aprile 1968

e residente a Roma via Gaspara STAMPA n. 45

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. n. 445/2000 e ss. mm. ii, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiaro per le finalità di cui all'art. 15, comma 1 lett. c) del Decreto Legislativo 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) di

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

Il sottoscritto unisce alla presente la fotocopia del seguente documento di identità:
n. CA32527AC rilasciato dal Ministero Interno il 23.02.2017

Data 6 Novembre 2020

Firma del dichiarante
M.Pedone