

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 [MAHDIKHANI SARVJAHANI](#)

Nome [SOMAYEH](#)

Nato a [KHORRAMDAREH, IRAN](#)

e residente a [ROMA via AUGUSTO GIANNELLI, n.11, 00168](#)

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

- 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:

[SONO DIPENDENTE DI COOPERATIVA C.I.R. CON IL RUOLO COORDINATRICE INFERMIERISTICO DAL 09/12/2021.](#)

Il sottoscritto unisce alla presente la fotocopia del seguente documento di identità:

n. [CA000821C](#) rilasciato da [COMUNE DI ROMA](#) il [15/02/2021](#)

Data [21/02/2021](#)

Firma del dichiarante  
[Somayeh Mahdikhani S.](#)

