E DI MEDICINA TRASLAZIONALE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

D.LGS. N. 33/2013, ART. 15, CO.1, LETT. C) [1]

si del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto MICHELINI SANDRO

con riferimento all'incarico di Docenza relativo al master Riabilitazione in Linfologia clinica
conferito dal **Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e di Medicina Traslazionale**

DICHIARA

ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, art. 15 *"Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza"*, comma 1, lett c), consapevole delle sanzioni penali previste per i casi di dichiarazione mendace, così come stabiliti dall'art. 76, secondo comma, del D.P.R. 445/2000

X A) di **non** svolgere incarichi, di **non** di rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione; di **non** svolgere attività professionali; ovvero

X B) di svolgere i seguenti incarichi e/o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

INCARICHI E/O CARICHE		
Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di svolgimento
ASL Roma 6	Libero professionale Ambulatorio Specialista	Anno 2025
ATTIVITA' PROFESSIONALI		
Attività	Soggetto	Periodo di svolgimento

Dipartimento di scienze medico chirurgiche
E di medicina traslazionale, Università degli studi di Roma Sapienza
Via Giorgio Nicola Papanicolau s.n.c, cap00189 Roma
Tel 0649697714

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni su quanto dichiarato.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ateneo, nella Sezione "Amministrazione trasparente", nelle modalità e per la durata prevista dal d.lgs. n. 33/2013, art. 15.

Data 13/04/2025

f.to