

**DICHIARAZIONE A NORMA DEL D.LGS. N. 33/2013, ART. 15, CO.1, LETT. C) <sup>1</sup>**

**resa ai sensi del DPR n. 445/2000**

Ia sottoscritt a Annarita Costantino

con riferimento all'incarico di docenza

*(indicare la tipologia dell'incarico: ad es. consulenza/collaborazione/docenza)*

relativo a affidamento incarico docenza master Medicina Estetica e Rigenerativa a.a. 2023 2024

*(riferimento all'oggetto dell'incarico)*

conferito dal Dip. Scienze e Biotecnologie medico chirurgiche

*(Area, Facoltà, Dipartimento, Centro che ha conferito l'incarico)*

**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

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 (sono alternative)

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:

| <b>INCARICHI E/O CARICHE</b>   |                           |                        |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Soggetto conferente            | Tipologia incarico/carica | Periodo di svolgimento |
|                                |                           |                        |
|                                |                           |                        |
|                                |                           |                        |
|                                |                           |                        |
| <b>ATTIVITA' PROFESSIONALI</b> |                           |                        |
| Attività                       | Soggetto                  | Periodo di svolgimento |
| DIR. MEDICO I LIVELLO          | CHIRURGIA SENOLOGICA      | DAL 2018 A TUTT'ORA    |
|                                |                           |                        |
|                                |                           |                        |

<sup>1</sup> Il presente modulo è predisposto ai fini della pubblicazione e garantisce il rispetto della normativa in materia di tutela dei dati. La dichiarazione integrale è conservata presso gli Uffici della Struttura che ha conferito l'incarico.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

I<sup>a</sup> sottoscritt<sup>a</sup> si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni su quanto dichiarato.

I<sup>a</sup> sottoscritt<sup>a</sup> 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

20.06.24