Al Direttore del Dipartimento di Scienze Medico chirurgiche e medicina traslazionale

Sapienza Università di Roma

Piazzale Aldo Moro n. 5

00185 - ROMA

**OGGETTO: Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii).**

Con la presente, io sottoscritto, Alessio Valente nato il 17/2/1973, a ­Roma (prov. Roma),

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,

* Di non trovarmi in una situazione anche potenziale di conflitto di interessi con l’Università La Sapienza di Roma;
* Di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, ovvero un rapporto di coniugio con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze medico chirurgiche e medicina traslazionale, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Università La Sapienza di Roma.

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

Carta d’Identità, n. AX 2922634,

rilasciato da Comune di Roma il 10/11/2015.

Roma, 20/6/2022

FIRMA

