



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 sottoscrittA, LEONE CATERINA MARIA natA\_  
il \_\_\_\_10/02/1983\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_TORINO\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_TO\_\_\_\_\_),

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:

\_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ AV8229778 \_\_\_\_\_,  
rilasciato da \_\_\_\_\_ COMUNE DI ROMA \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_.

Roma, \_\_\_\_24/03/2015\_\_\_\_\_

FIRMA