

Al Direttore DEL DIPARTIMENTO DI  
NEUROLOGIA E PSICHIATRIA  
Sapienza Università di Roma  
Piazzale Aldo Moro n. 5  
00185 - ROMA

**OGGETTO: 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) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.**

Con la presente, io sottoscritta, Simona Stefanile, nata il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
in qualità di (\*) Psicologa, Ph.D, Psicoterapeuta, per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013,  
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 svolgere incarichi, di non di 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:

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

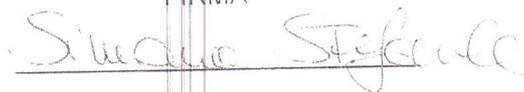
INPS- CML VT. ATTIVITA' DI LAVORATORE AUTONOMO IN QUALITA' DI OPERATRICE SOCIALE CON A DECORRERE DAL 1/04/2020 AD OGGI

"DONNA NATA PER RINASCERE" PROGETTO PROMOSSO DALLA REGIONE LAZIO IN ATS CON DONNA E POLITICHE FAMILIARI E ELIDEA PSICOLOGI, LAVORATORE AUTONOMO IN QUALITA' DI PSICOLOGO (42H) A DECORRERE DAL 28/09/2020 AD OGGI

Io sottoscritta unisco alla presente dichiarazione in fotocopia del seguente documento di identità:  
\_\_\_\_\_ rilasciato da COMUN \_\_\_\_\_

Roma, 18/07/2021 \_\_\_\_\_

FIRMA



(\*) indicare la qualità