



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 **DUGHETTI STEFANO**

nato il 3 ottobre 1954, a PIACENZA (PC),

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,

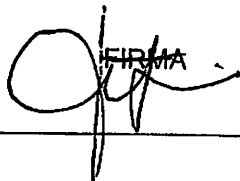
- Di non trovarmi in una situazione anche potenziale di conflitto di interessi con l'Università La Sapienza di Roma;
- Di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, ovvero un rapporto di coniugio con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze medico chirurgiche 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:

C.I., n.4280590AA6,

rilasciato da Comune di Piacenza, in data 2.3.2015.

Roma, 31.07.2023

  
FIRMA