



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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 **GIANNI COLINI BALDESCHI**,
nato il 26/4/1954, a ROMA (prov. RM),

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:

PASSAPORTO, n. YA4656337,
rilasciato da MINISTERO AFFARI ESTERI il 17/4/2013

Roma, 28/2/2022

FIRMA