



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  
a Paolo Vito Bernardi (prov. RO), nato il 25/12/1966,

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:

\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

Roma, 21/09/2011

FIRMA