



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 **ZITO GIUSEPPE** nato il **06/10/1958**, 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: **CARTA DI IDENTIA' n. CA34584BM, rilasciato da MINISTERO DELL'INTERNO
Comune di MONTEROTONDO il 11/06/2018**

Roma, 22/09/2022

FIRMA