

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 sottoscrittA, LEONE CATERINA MARIA natA\_  
il 10/02/1983, a TORINO  
(prov. TO),

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:

verso il Cl \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ COMUNE DI ROMA \_\_\_\_\_ il

Roma, 24/03/2015

## FIRMA

**Sapienza Università di Roma**  
**Dipartimento di Scienze Medico**  
**Chirurgiche e di Medicina Traslazionale**  
Via di Grottarossa 1035/1039 - 00189 Roma  
Tel. (+39) 06 49697712 - 7715  
c.f. 80209930587 p.iva 02133771002