

Allegato 2

Al Direttore del Master di I Livello
in Area Critica per Infermieri

Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c.1, lett. c) del Decreto Legislativo 33/2013 modificato dal d.lgs 97/2016 (Riordino della, da parte delle strutture in indirizzo, disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) – Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente la sottoscritta Lorena Cipollone, nata a Subiaco (RM) il 6 Aprile 1966, Codice Fiscale CPLLRN66D46I992Q,, in relazione all'incarico di insegnamento come da bando/codice **INF/19 IV e V Mod**, in qualità di Dirigente Medico I Livello

per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del d. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

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 svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di svolgere attività professionali.

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

La sottoscritta dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dipartimento Medicina Molecolare ai sensi dell'art. 53, comma 14 del d.lgs 165/2001 come modificato dalla legge n.190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse del Dipartimento.

La sottoscritta unisce alla presente dichiarazione copia del seguente documento di identità: Carta Identità n.° AT3555867 rilasciata dal Comune di Roma il 2 Agosto 2012

Roma, 11 Luglio 2019

Firma

Lorena Cipollone
Lorena Cipollone