

AL Responsabile Amm.vo Delegato
Dipartimento di Scienze Cliniche Internistiche, Anestesiologiche e
Cardiovascolari,
V.le del Policlinico 155 - Roma

**Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13
(Riordino della 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, io sottoscritto/a , Giovanni Cannarozzo,
nato/a il XXXXXXXX , a XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, prov. XXXXXXXXXXXXXXXX
in qualità di (*) MEDICO DERMATOLOGO, per le finalità di cui all'art. 15 c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n.
33/13

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni 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:

Io sottoscritto/a unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX n. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
rilascato da XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX il _XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Montevarchi, 17/08/2024

Il/La dichiarante
F.to Giovanni Cannarozzo