

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.**

La sottoscritta Ingrid Raponi nata a Frosinone il 20/03/1985, codice fiscale RPNNRD85C60D810X, residente a Roma in via Mario Schifano n. 52

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

Di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo Facciali – Sapienza Università di Roma, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo Facciali, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, 01/10/2018

Firmato  
Il Dichiarante  
Ingrid Raponi

Dichiarazione resa alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.