

Al Direttore Dipartimento Neuroscienze Umane  
Sapienza Università di Roma  
Piazzale Aldo Moro n. 5  
00185 - ROMA

**OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (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, io sottoscritta LOCURATOLO NICOLETTA, nata il            a             
in qualità di (\*) titolare incarico di ricerca, per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013,

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 di 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:

Contratto Libero professionale presso Gestione Sanitaria Italiana -Villa Luana G.I.F.I srl per consulenze specialistiche in qualità di medico neurologo

Io sottoscritta, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

           carta identità           , r  
rilasciato da                       il           .

Roma, 3 agosto 2021\_

FIRMA

*Nicoletta Locuratolo*

(\*) indicare la qualità