



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

ALLEGATO D

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 sottoscritta, Martina Capponi,
nata il 15/06/1988, a Roma, prov. RM
in qualità di pediatra e dottoranda senza borsa, 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

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

Carta d'identità: n. AY8021931 rilasciato da Comune di Roma il 25/07/2018

Roma, 18/01/2023

La dichiarante