



**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