

Al Direttore del MASTER in
ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI SALA OPERATORIA – STRUMENTISTA
Dipartimento di Chirurgia P. Valdoni
Sapienza Università di Roma
Viale del Policlinico, 155
00161 Roma

Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c.1, lett. c) del Decreto Legislativo 33/2013 (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
nato il a (prov.) in
qualità di, 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 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 unisco alla presente la fotocopia del seguente documento di identità:

..... n.

rilasciato da il

Roma,

Firma