**ALLEGATO 2**

Al Direttore del Master “Assistenza Infermieristica e Strumentazione In Sala Operatoria”

Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Facoltà di Medicina Odontoiatria - Sapienza Università di Roma

Oggetto: Informazioni di cui all’art. 15, c.1, lett. c) del D. Lgs. 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e di cui all’art. 53, comma 14, del D.Lgs. 165/01 e ss.mm.ii.

Dichiarazioni sostitutive 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 dei DD.LL.GG.SS. citati in oggetto:

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:

………………………………………..

……………………………………….

……………………………………….

l’insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, per gli incarichi di collaborazione e di consulenza, conferiti a soggetti esterni a qualsiasi titolo, sia oneroso che gratuito.

che i titoli……………………………………………………………………………………..

Io sottoscritto unisco alla presente la fotocopia del seguente documento di identità: ………………………………………………………n. …………………………………….. rilasciato da

……………………………………………………………….il ……………………………………………..

Roma

Firma