**Allegato 2**

Al Direttore del Master di I livello

in Area Critica per Infermieri

**OGGETTO: Informazioni di cui all’art. 15, c. 1, lett. c) del decreto legislativo n. 33/2013, modificato dal d.lgs 97/2016 (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, il sottoscritto …………………………………………………………. Nato il ………………a………………………….. (prov…….) codice fiscale …………………………………………………, in relazione all’incarico di ……………………………………………………………………………………………………………………………

come da bando/codice **INF/19 IV e V MOD** per le finalità di cui all’art. 15, c.1 del d.lgs. n. 33/2013e ss.mm.ii.

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:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dipartimento di Medicina Molecolare ai sensi ai sensi dell’art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell’art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell’interesse del Dipartimento.

Il sottoscritto unisce alla presente dichiarazione copia del seguente documento d’identità ………………………………. n. …………………………………………………………..Rilasciato da ………………………………………………. il …………………………………….

Roma,

 Firmato