**Allegato D**

Al Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Università di Roma "La Sapienza"

Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000 E SS.MM.II.**

**Informazioni di cui all’art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della, da parte delle strutture in indirizzo, disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)**

Con la presente il/la sottoscritto/a

Cognome ……………………….

Nome …………………………………………….…...

Nato/a a ………………………

e residente a ……………………….via ……………………………………………..………… n.

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. n. 445/2000 e ss. mm. ii, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara per le finalità di cui all’art. 15, comma 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) 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:

…………………….

…………………....

Il/la sottoscritto/a unisce alla presente la fotocopia del seguente documento di identità:

………………………….n. …… rilasciato da……… il ……...

Data..............................

Firma del dichiarante