**Allegato A**

Al Direttore del Dipartimento

Scienze medico chirurgiche e medicina traslazionale

Sapienza Università di Roma

Via di Grottarossa 1035-39 – 00189 ROMA

Il/La sottoscritto ......................................................................nato/a a ....................................... Il …….,codice fiscale n. ………………..…………………………………., residente in................................................, via............................................................ CAP...............................tel.…………………………………………………………Indirizzo di posta elettronica………………………………………………

chiede di partecipare alla procedura comparativa per il conferimento di un incarico di prestazione professionale di lavoro autonomo per lo svolgimento dell’attività di ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………..di cui alla procedura comparativa n......... del ……………………………………………

A tal fine, ai sensi della legge 445/2001 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che :

* è in possesso di cittadinanza ……………………………………………………...;
* di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
* di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: ………………………………………………...................................................................................
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………..
* di aver maturato le seguenti esperienze professionali:
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* ⁫E’ dipendente di una Pubblica Amministrazione;
* ⁫NON E’ dipendente di una Pubblica Amministrazione;

Allega alla domanda il curriculum sottoscritto in ogni pagina della propria attività scientifico professionale e dei titoli posseduti, e la fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Data ……………………. Firma …………………………………….

**Allegato B**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 20.12.2000 N.445

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………… nato/a ………………………. Prov. ……………………. residente in …………………………………………………… Via……………………………………………………………………………………………………………. consapevole che, le dichiarazione mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice pensale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione dai pubblici uffici;

DICHIARA

di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento o alla struttura richiedente l'attivazione del contratto, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Luogo e data

Il Dichiarante

**Allegato C**

DICHIARAZIONE SULL’ESISTENZA DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE,

SULLO SVOLGIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI E/O TITOLARITÀ DI CARICHE

Il/La sottoscritt.. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del Testo Unico di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, relativamente all’incarico di tutoraggio nell’ambito del Corso di Alta Formazione in “Corporate M&A”

CHE

1) ai sensi dell’art. 53, comma 14, del D. Lgs. n. 165/2001 e succ. mod. ed integr.:

(barrare una delle due seguenti ipotesi)

 di trovarsi nelle seguenti situazioni potenziali di conflitto d’interesse (specificare di seguito)

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

 di NON trovarsi in nessuna situazione, anche potenziale, di conflitto d’interessi

Luogo e data

Firma

**Allegato D**

Al Direttore del Dipartimento

Scienze medico chirurgiche e medicina traslazionale

Sapienza Università di Roma

Via di Grottarossa 1035-39 – 00189 ROMA

S E D E

OGGETTO: Informazioni di cui all’art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino, da parte delle strutture in indirizzo, 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 il/la sottoscritt.. …………………………………. nat… il ……………………., a …………………………………………..(prov. ……….), in qualità di ……………………………………………………………, per le finalità di cui all’art. 15, comma 1, D. Lgs. n. 33/2013, dichiara 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:

Il/La sottoscritt\_, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità: ……………………………………… n. …………………, rilasciato da…………………………………………………….. il ………………………………………

Luogo e data

FIRMA