DIPARTIMENTO
DI SCIENZE CLINICHE INTERNISTICHE
ANESTESIOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Allegato D

AL Responsabile Amm.vo Delegato
Dipartimento di Scienze Cliniche Internistiche, Anestesiologiche e Cardiovascolari,
V.le del Policlinico 155 - Roma

Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13 (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/a , ___DANIELE VECCHIO_____,
nato/a il ___15/12/1988_____ , a ___SEZZE_____, prov. _____LATINA_____
in qualità di (*) _____, per le finalità di cui all'art. 15 c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni 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/a unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:
_____CARTA D'IDENTITA'_____ n. _____AU 8140190_____
rilasciato da _____COMUNE DI SEZZE_____il _____13/05/2014_____
Roma, 16/01/2023

Il/La dichiarante

Sapienza Università di Roma
Dipartimento di Scienze Cliniche, Internistiche, Anestesiologiche e Cardiovascolari
CF: 80209930587 PI: 02133771002
Viale del Policlinico 155, 00161 Roma
e-mail: dipartimento.sciac@uniroma1.it
pec: dipsciac@cert.uniroma1.it