

ALLEGATO D1 (*)

Al Direttore del Dipartimento
di Scienze Medico-Chirurgiche
e di Medicina Traslazionale
Az. Ospedaliera
Sant'Andrea Sapienza
Università di Roma Via di
Grottarossa 1035-1039

Con la presente io sottoscritto VALERIA VITALE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato test unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

dichiaro

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).

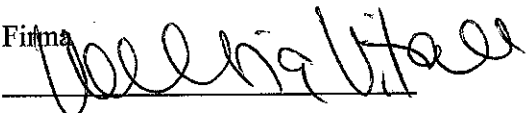
di NON svolgere in carichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di svolgere attività professionali.

ovvero

di svolgere e seguenti incarichi o rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o svolgere le seguenti attività professionali:

Roma li, 19/06/2017

Firma



(per esteso e leggibile)

(*) Tale documento sarà utilizzato per la pubblicazione sui siti web DI Ateneo e di Dipartimento (D.lg.vo 33/2013 e norma dell'art. 1, comma 35, Legge 190/2012)